

Humboldt-Universität zu Berlin

***Erwachsenenpädagogischer
Report***

Band 60



Martina Dehmer

**Wandel im Bereich der Gesundheitsbildung von 1984
bis 2015 unter Bezugnahme auf gesellschaftliche und
gesundheitspolitische Entwicklungen**

**Eine exemplarische Programmanalyse an der
Volkshochschule Berlin Mitte**

**ISSN (Print) 1615-7222
ISSN (Online) 2569-6483**

*Abteilung Erwachsenenbildung/Weiterbildung
Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät
der Humboldt-Universität zu Berlin*

Masterarbeit

Master-Studiengang „Erwachsenenbildung/
Lebenslanges Lernen“

Abteilung Erwachsenenbildung/Weiterbildung.
Berlin 2018

Angaben zur Autorin

Dehmer, Martina, M. A.

Institution: Volkshochschule

E-Mail: dehmermartina@gmail.com

Herausgeber/innen der Reihe
Erwachsenenpädagogischer Report
Humboldt-Universität zu Berlin
<https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/19643>

Prof. Dr. Wiltrud Gieseke
Prof. Dr. Aiga von Hippel
Sitz: Geschwister-Scholl-Str. 7, 10117 Berlin
Tel.: (030) 2093 4136
Fax: (030) 2093 4175
Post: Unter den Linden 6, 10099 Berlin
<http://ebwb.hu-berlin.de>

Druck und Weiterverarbeitung:
Hausdruckerei der Humboldt-Universität zu Berlin
Technische Abteilung
Unverkäufliches Exemplar

Humboldt-Universität zu Berlin

***Erwachsenenpädagogischer
Report***

Band 60



Martina Dehmer

**Wandel im Bereich der Gesundheitsbildung von 1984
bis 2015 unter Bezugnahme auf gesellschaftliche und
gesundheitspolitische Entwicklungen**

**Eine exemplarische Programmanalyse an der
Volkshochschule Berlin Mitte**

Berlin 2018

**ISSN (Print) 1615-7222
ISSN (Online) 2569-6483**

*Abteilung Erwachsenenbildung/Weiterbildung
Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät
der Humboldt-Universität zu Berlin*

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	7
A Theorie zum Thema Gesundheit(sbildung)	9
2. Gesundheit – Begriffe, Sichtweisen und Modelle	9
2.1 Krankheitsentstehungsmodelle – die biomedizinische Perspektive und das Risikofaktorenmodell.....	11
2.2 Gesundheitsentstehungsmodelle – Salutogenese und Gesundheit im Sinne der WHO.....	13
2.2.1 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky	13
2.2.2 Gesundheit im Sinne der WHO	16
2.3 Exkurs – Zum Stellenwert individueller Gesundheitsförderung (durch Gesundheitsbildung).....	20
3. Gesundheit im Bereich der Bildung.....	22
3.1 Von der hygienischen Volksbelehrung zur Gesundheitsbildung – ein weiter Weg.....	22
3.1.1 Die Anfänge der Gesundheitspflege – die hygienische Volksbelehrung ...	22
3.1.2 Neuere Konzepte: Von der Gesundheitsaufklärung zur Gesundheitsbildung	23
3.2 Konzeptionelle Entwürfe der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen..	26
3.2.1 Der Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen	26
3.2.2 Neuere Veröffentlichungen.....	30
3.3 Wissenschaftliche Forschung im Bereich der Gesundheitsbildung.....	31
3.4 Exkurs – Gesundheitsbildung und Wellness	34
B Beschreibung des Forschungsfeldes und methodische Konzeption	36
4. Die Volkshochschulen und der Bereich Gesundheit(sbildung) .	36
4.1 Der Bereich Gesundheitsbildung unter statistischen Gesichtspunkten.....	38
4.2 Die Volkshochschule Berlin Mitte – im Berliner Vergleich.....	41

5.	Methodische Konzeption	43
5.1	Die Programmanalyse als erwachsenenpädagogisches Forschungs- instrument	43
5.2	Eigenes Forschungsdesign	45
5.2.1	Auswahl der Institution und des Zeitrahmens.....	45
5.2.2	Datenbasis und Besonderheiten bei der Datenerhebung und -analyse....	45
5.3	Kategorienbildung – Vorgehensweise	47
5.3.1	Kategorie 1 – Themenbereiche	47
5.3.2	Kategorie 2 – Lernformen	49
C	Ergebnisdiskussion.....	51
6.	Empirische Ergebnisse	51
6.1	Betrachtung des Gesamtprogramms – quantitative Entwicklung von 1984 bis 2015	51
6.2	Betrachtung der Kategorien.....	53
6.2.1	Veränderungen innerhalb der Themenbereiche (Kategorie 1).....	53
6.2.2	Veränderungen bezüglich der Lernformen (Kategorie 2)	57
6.2.3	Veränderungen innerhalb der Kategorien und Zusammenschau.....	58
6.3	Parallelen zwischen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen und dem Angebot der Gesundheitsbildung	61
6.4	Zusammenfassung und Reflexion	63
7.	Ausblick	65
	Literatur	66
	Onlinequellen	70
	Abbildungsverzeichnis	71
	Tabellenverzeichnis	71
	Anhang	72
	Bisher erschienene Themen der Reihe:	
	Erwachsenenpädagogischer Report	82

1. Einleitung

Die Gesundheit ist eines der interessantesten und am häufigsten diskutierten Themen nicht nur unserer Zeit. Ein guter Gesundheitszustand ist wesentlich für unsere Entwicklung und zudem ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Die WHO stellte 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fest: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO 1986).

Aufgrund der Reformierung des Gesundheitssektors und der damit einhergehenden grundlegenden Veränderungen in der Versorgungsstruktur, sind die Einzelnen nicht nur in viel höherem Maße für ihre eigene Gesundheit verantwortlich, immer mehr Menschen werden auch von einer ausreichenden Gesundheitsförderung ausgegrenzt. Eine Grundvoraussetzung, um die Gesundheit eigenverantwortlich stärken zu können, ist Gesundheitskompetenz. Diese zu ermöglichen, kann als öffentliche Aufgabe, gerade der Erwachsenenbildung betrachtet werden (vgl. DVV 2008, S. 1). Die Gesundheitsbildung soll Anregungen und Hilfestellung für persönliches Gesundheitshandeln geben. Die Volkshochschulen verstehen Gesundheit als ein Zusammenspiel von nicht nur körperlichem, sondern auch seelischem und sozialem Wohlbefinden, und gehen davon aus, dass Gesundheitsbewusstsein und -verhalten von verschiedenen Faktoren, wie Bildung, Lebensstil und sozialer Lage beeinflusst wird (vgl. ebd., S. 3).

Dabei mag es erstaunen, dass es auf die Frage nach einer Definition von Gesundheit eine Vielzahl von Antwortmöglichkeiten gibt. Je tiefer man eintaucht in den Dschungel der Begrifflichkeiten und der vielen Versuche, diese zu klären und in ihrer Bedeutung festzuklopfen, desto klarer wird allein das Gefühl, dass hier *nichts* in Stein gemeißelt werden kann, und dass es damit auch seine Richtigkeit hat. Gesundheit ist subjektiv – die einen verbinden Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheitssymptomen, andere bezeichnen sich schon als gesund, wenn sie sich gesund *fühlen*.

Der Bereich der Gesundheitsbildung wurde in der Pädagogik von wissenschaftlicher Seite lange Jahre vernachlässigt, und auch heute findet sich nur eine kleine Anzahl an Veröffentlichungen zu diesem Thema. Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit gilt in erster Linie dem Wandel im Bereich der Gesundheitsbildung und den damit in Zusammenhang stehenden Veränderungen vor allem im gesellschaftlichen Verständnis von, und im Umgang mit Gesundheit.

Zunächst sollen die Ziele und Fragestellungen dieser Forschungsarbeit ausführlich dargestellt werden.

Ziele und Fragestellungen

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand ausführlicher Literaturrecherche zum theoretischen Hintergrund und einer anschließenden, exemplarischen Programmanalyse einen Wandel im Angebot der Gesundheitsbildung an einer Berliner Volkshochschule festzustellen und aufzuzeigen. Zusätzlich dazu wurde der Versuch unternommen, diesen Wandel mit verschiedenen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen in Beziehung zu setzen. Zu diesem Zweck erschien es notwendig, sich zunächst auch sehr ausführlich mit verschiedenen Begrifflichkeiten und Konzepten auseinanderzusetzen, deren Ursprung nicht in der (Erwachsenen-)Pädagogik liegt, sondern in einer Reihe anderer Disziplinen, u.a. der Medizin (bzw. dem Bereich der öffentlichen Gesundheit), der Soziologie und Psychologie zu suchen ist. Durch eine im Vorfeld angefertigte Hausarbeit mit dem Titel Kursangebot im Bereich der Gesundheitsbildung an der VHS Mitte: 1994 und 2015 – ein Vergleich konnte auf Vorkenntnisse und bereits vorhandene Daten zurückgegriffen werden. Im Gegensatz zu der vorliegenden Arbeit lag das Hauptaugenmerk dort allerdings ausschließlich auf der *quantitativen* Veränderung über die Zeit. Die im Ausblick der Hausarbeit genannten weiteren Forschungsdesiderata können auch im Rahmen einer relativ kleinen Masterarbeit nicht umgesetzt werden, dennoch erschien es interessant, sich weiter mit dem Thema Gesundheitsbildung an einer Berliner Volkshochschule zu beschäftigen, und zusätzlich zur quantitativen auch eine inhaltliche Entwicklung nachzuzeichnen. Durch diese eigene wissenschaftliche Vorarbeit und vertiefte Beschäftigung mit der einschlägigen Literatur ergaben sich folgende Annahmen:

- 1) Viele Angebotsfelder bleiben über die Jahre hinweg konstant (z.B. Yoga, Autogenes Training, Gymnastik, usw.), und
- 2) daneben gibt es Verschiebungen (z.B. früher größerer Anteil von Kursen mit dem Ziel der theoretischen Wissensvermittlung und Information über bestimmte Gesundheitsthemen; heute liegt der Fokus fast nur auf Körperarbeit und Entspannung). Daraus folgt:
- 3) Der Fokus hat sich in den letzten Jahrzehnten *insgesamt* verändert. Die Gründe hierfür sind v.a. im Wandel des Gesundheitswesens und dem damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Interesse am Thema Gesundheit zu suchen. Außerdem:
- 4) Die Menschen beziehen ihre gesundheitsbezogenen Informationen nicht mehr aus Bildungsveranstaltungen, sondern größtenteils aus den Medien (Internet, TV, Zeitschriften) oder auch informell im Freundes- und Kollegenkreis. Daraus folgt:
- 5) Die Teilnahme an Kursen der Gesundheitsbildung beinhaltet vielmehr einen großen *Wellness-Aspekt* und weniger den Aspekt der bewussten Gesundheitsförderung und des Wissenszuwachses.
- 6) Der Bereich *Gesunde Ernährung* verfolgt überhaupt nicht (mehr?) die Ziele der Gesundheitsbildung, sondern ist zu einem *Lifestyle-Bereich* geworden, in dem fast ausschließlich Kochkurse ohne, oder nur mit geringem Gesundheitsbezug angeboten werden.

Natürlich ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, für all diese Annahmen detaillierte und handfeste Ergebnisse zu präsentieren (vor allem nicht für die Annahmen 4 und 5,

dies müsste in einer separaten Studie eruiert werden), trotzdem schwingen sie im Hintergrund bei der Beantwortung der Forschungsfragen mit, und müssen deshalb hier Erwähnung finden. Die Hauptfragen der Untersuchung lauten:

- 1) Wie hat sich das Angebot der Gesundheitsbildung an der Volkshochschule Berlin Mitte von 1984 bis 2015 quantitativ entwickelt¹?
- 2) Welche Veränderungen haben dabei innerhalb
 - a. der *Themenbereiche*, und auch
 - b. bezüglich der *Lernformen* stattgefunden?
- 3) Welche Parallelen lassen sich, vor allem seit Beginn des in den 1980ern beginnenden *Gesundheitsbooms* (also dem stark gestiegenen gesellschaftlichen Interesse am Thema Gesundheit) bis zum Jahr 2015 zwischen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen und den Angeboten der Volkshochschule erkennen?

Vor allem die dritte Frage wird sich im Rahmen dieser Arbeit am ehesten durch die gemeinsame Betrachtung der Theorie und Empirie beantworten lassen, wobei es sich mehr um eine Annäherung an mögliche Zusammenhänge, als um empirisch untermauerte Aussagen handeln dürfte. Die Idee, neben der Veränderung innerhalb der Themenbereiche auch die Lernformen zu betrachten, entstand erst im Laufe der Arbeit bei der Entwicklung des Kategoriensystems, und wird im Kapitel 5.3.2 näher erläutert werden. Der Fokus dieser Arbeit sind jedoch nicht didaktische Überlegungen, sondern thematische Veränderungen über die Zeit – durch eine kombinierte Betrachtung der Themenbereiche und der Lernformen ergeben sich allerdings zusätzliche, interessante Informationen.

Zu Beginn dieser Arbeit steht eine begriffliche Klärung und Vorstellung verschiedener Modelle zum Thema Gesundheit und Gesundheitsbildung (Teil A). Dem folgt eine Beschreibung des Forschungsfeldes und des eigenen Forschungsdesigns (Teil B). Der Teil C widmet sich der Diskussion der empirischen Ergebnisse. Zum Schluss steht ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen.

A Theorie zum Thema Gesundheit(sbildung)

2. Gesundheit – Begriffe, Sichtweisen und Modelle

Für die Darstellung des theoretischen Hintergrunds dieser Arbeit erscheint es notwendig, sich zuerst detailliert mit dem Begriff *Gesundheit*, und damit in Zusammenhang stehenden Entwicklungen auseinanderzusetzen. In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, sich den für das Thema der vorliegenden Arbeit wesentlichen Begriffen, Sichtweisen und Konzepten zu nähern, um so einerseits einen theoretischen Gesamtzusammenhang zu schaffen, und andererseits letztendlich auch die Bedeutung der Gesundheitsbildung herauszuarbeiten.

Das Verständnis von **GESUNDHEIT** unterlag im Laufe der Zeit einem starken Wandel. Die in der disziplinübergreifenden Literatur zum Thema Gesundheit vorzufindende Vielfalt von Definitions- und Klassifikationsversuchen macht deutlich, dass sich Gesundheit bis heute

¹ Hierfür wird zusätzlich auf Daten aus der o.g. Hausarbeit zurückgegriffen.

nicht eindeutig fassen oder auch nur beschreiben lässt. Eine Begründung dafür ist sicherlich, dass Vorstellungen von Gesundheit (und Krankheit) kulturellen, sozialen und historischen Bedingungen unterliegen – also gesellschaftliche *Konstruktionen* sind (vgl. Hurrelmann & Franzkowiak 2015 und Bruns 2013). So ist z.B. Alkoholismus seit 1968 eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung, Homosexualität ist dagegen erst seit 1973 (!!) *keine* Diagnose mehr (vgl. Franke 2012, S. 21). Die Vorstellung darüber, was gesund oder krank bedeutet, hängt auch von der Perspektive des Betrachtenden ab – z.B. naturwissenschaftlich-somatisch (Medizin), psychologisch (normal vs. anormal), soziologisch (Fokus auf Rollenerfüllung und Normabweichung) oder juristisch (Anspruch auf Heilbehandlung). Demzufolge gibt es auch völlig unterschiedliche Beschreibungen von Gesundheit. Sie wird beispielsweise in Abgrenzung zu Krankheit, als Störungsfreiheit, Wohlbefinden, Anpassungsfähigkeit, Gleichgewichtszustand, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum oder als verborgene Harmonie beschrieben (vgl. Gangl 2015, S. 03-2).

Franke (2012) veranschaulicht diese Vielfalt anhand einiger Definitionen aus verschiedenen Epochen und Disziplinen:

[...] Zustand, in dem wir weder Schmerzen leiden, noch im Gebrauch der Lebenskräfte behindert sind (Galen 129-199)

Denn Krankheit und Gesundheit sind nicht Gegensätze, die sich bekämpfen, sie sind gleichberechtigte und notwendige Lebensäußerungen, etwa so wie Schlafen und Wachen, Nacht und Tag, Ruhe und Arbeit... Wer ist gesund, wer ist krank? Die Narren nur vermögen es zu unterscheiden (Georg Groddeck, 1910).

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (Weltgesundheitsorganisation WHO, 1946).

Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff, Gesundheit wiederherstellen heißt in Wahrheit: Den Kranken zu jener Art von Gesundheit zu bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wurde (Ernst Bloch 1955).

Gesundheit, latein. Sanitas, der Zustand, in dem sich Lebewesen befinden, wenn all ihre Organe ungestört tätig sind und harmonisch zur Erhaltung ihres ganzen Wesens zusammenwirken sowie ihre Fortpflanzung gewährleisten (im Gegensatz zu Krankheit) (Brockhaus 1969).

Das „normale“ (bzw. nicht „krankhafte“) subjektive Befinden, Aussehen und Verhalten sowie das Fehlen von der Norm abweichender ärztlicher Befunde (Brockhaus, 2006).

(ausgewählte Beispiele aus Franke 2012, S. 36ff.)

In der abendländischen Tradition wurde Gesundheit als etwas verstanden, was durch den Lebensstil bewahrt, und durch Behandlung wiederhergestellt werden kann (in der Mythologie dargestellt durch die Figuren Hygieia und Askulap, welche die beiden Zugangsweisen und Symbole der Medizin bzw. Pharmazie bilden). Die sich im 19. Jahrhundert ausdifferenzierende Medizin hat ein Abrücken von dieser ganzheitlichen Sichtweise

zur Folge – mehr und mehr gerieten die Pathologie und Wiederherstellung in den alleinigen Fokus; Vorsorge und Gesunderhaltung rückten in den Hintergrund. Bis heute kommt dieses Auseinanderfallen in einem Ungleichgewicht zwischen kurativer und präventiver Gesundheitsfürsorge zum Ausdruck (vgl. Gangl 2015, S. 03-2f.).

In den folgenden zwei Teilkapiteln sollen zuerst zwei der populärsten Krankheitsentstehungsmodelle in ihren Grundzügen vorgestellt werden, denen danach zwei Gesundheitsentstehungsmodelle gegenübergestellt werden, welche für die heutige Gesundheitsbildungsarbeit an Volkshochschulen den konzeptionellen Rahmen bilden.

2.1 Krankheitsentstehungsmodelle – die biomedizinische Perspektive und das Risikofaktorenmodell

Vor allem in der Vergangenheit wurde Gesundheit meist in Opposition zu Krankheit beschrieben. Dies entspricht der seit Ende des 19. Jahrhunderts gängigen biomedizinischen Perspektive, welche nach wie vor größtenteils die aktuelle Gesundheitsversorgung dominiert. In diesem Modell wird „Gesundheit in der Regel negativ definiert, so dass die Pathogenese im Mittelpunkt steht“ (Bruns 2013, S. 22). Der Fokus liegt auf dem menschlichen Organismus – Krankheit wird als Abweichung eines *natürlichen* (= krankheitsfreien) Zustandes betrachtet, den es wiederherzustellen gilt. Grundlage dieses Modells

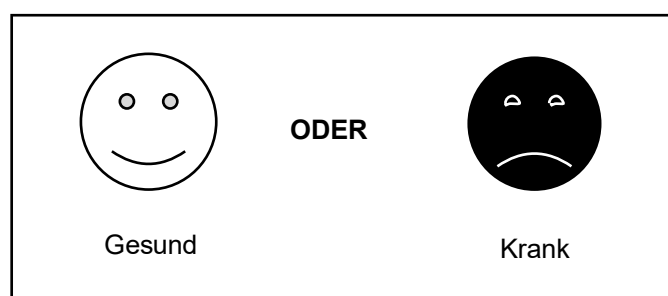


Abb. 1: Dichotomie von Gesundheit und Krankheit (eigene Darstellung)

ist also eine Dichotomie von Gesundheit und Krankheit (siehe Abb. 1), welche sich gegenseitig ausschließen und sich als Pole unverbindlich gegenüberstehen (vgl. ebd., S. 23).

Es wird von einem direkten, kausalen Zusammenhang zwischen einem Erreger (wie etwa Viren, Bakterien, usw.) und einer spezifischen Erkrankung ausgegangen, die Behandlung dieser Erkrankungen erfolgt durch die Behebung der krankheitsauslösenden Symptome – Entstehung oder Ursachen werden nicht weiter berücksichtigt.

Als einen wesentlichen Kritikpunkt am biomedizinischen Modell nennt Bruns die „ausschließliche Betrachtung der Symptome bei zeitgleicher Nichtbeachtung des subjektiv handelnden Menschen und der ihn umgebenden Umwelt“ (ebd.). Tatsächlich ist jedoch nicht allein der medizinische Fortschritt als ursächlich für die Verbesserung der allgemeinen Gesundheit in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts anzusehen, sondern auch die Änderung umwelt-, ernährungs- und verhaltensbedingter Faktoren (z.B.

verbesserte Hygiene- und Lebensbedingungen). Weitere Kritikpunkte betreffen die Vernachlässigung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, und die Vormachtstellung der Ärzte, die als alleinige Experten bei der Krankheitsbehandlung angesehen werden – dem Individuum wird die Partizipation bei der Behandlung abgesprochen (vgl. ebd., S. 23ff.).

Schließlich machte die Tatsache, dass das biomedizinische Modell keine Erklärung für die seit einigen Jahrzehnten in den Industrienationen vorherrschenden chronisch-degenerativen und Zivilisationserkrankungen bietet, eine Erweiterung des Modells notwendig (vgl. Franzkowiak 2015a).

Als solche Erweiterung kann das Risikofaktorenmodell gesehen werden, welches in den 1950er Jahren auf der Grundlage von Ergebnissen epidemiologischer Studien und Statistiken von Lebensversicherungsgesellschaften entwickelt wurde. Bei der Erforschung koronarer Herzerkrankungen zeigten sich Zusammenhänge zwischen deren Auftreten und bestimmten Risikofaktoren, wie z.B. Rauchen, Übergewicht, psychische Stressoren, usw. (vgl. BZgA 2001, S. 18). Im Gegensatz zum biomedizinischen werden im Risikofaktorenmodell *nichtkausale, komplexe Entstehungszusammenhänge* und Verläufe angenommen.

Nach Franzkowiak gibt es „(a) Risikofaktoren, die verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsgebunden sind und (b) Risikofaktoren, die vorwiegend nicht verhaltensgebunden, d.h. sozialstrukturell, ökologisch bedingt oder settingbezogen sind. Des Weiteren existieren (c) unabänderliche, d.h. einer Intervention nicht zugängliche Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, familiäre Vorbelastungen sowie genetische oder organische Dispositionen“ (Franzkowiak 2015a).

Da es sich beim Risikofaktorenmodell um ein statistisches Wahrscheinlichkeitsmodell handelt, können auch hier keine verbindlichen kausalen Vorhersagen über das Auftreten einer bestimmten Krankheit bei Einzelnen abgeleitet werden – es können lediglich Aussagen über Wahrscheinlichkeitsbeziehungen in Bevölkerungsgruppen getroffen werden. Einzelne Risikofaktoren werden als isolierte Variablen gesehen, und sind damit getrennt von der realen Lebensweise und Lebenswirklichkeit der Betroffenen (vgl. BZgA 2001, S. 18f. und Franzkowiak 2015a).

Da das Modell zudem auf keinem einheitlichen theoretischen Rahmenkonzept beruht, ist eine allgemeingültige Bestimmung und theoretische Überprüfung der Faktoren nicht möglich. Zudem geht man auch hier von einem Individuum aus, das nicht an der Behandlung seiner Krankheit mitwirkt, welche – wie beim biomedizinischen Modell – wieder in die alleinige Zuständigkeit der Experten des medizinischen Systems fällt. Trotz dieser Kritik bietet das Risikofaktorenmodell immerhin einen erweiterten Ansatz zum Verständnis der Krankheitsentstehung, da hier erstmalig auch soziale Determinanten berücksichtigt werden (vgl. Bruns 2013, S. 27f.).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es zu einer Abkehr von der Orientierung an der Pathogenese von Krankheiten. Beeinflusst wurde dies durch die neue Sichtweise auf Gesundheit durch die Definition der WHO, und die Ausrottung der Infektions-, und Zunahme der Zivilisationserkrankungen und psychosoziale Störungen. Auch das *Salutogenese-Konzept* Aaron Antonovskys trug zu dieser Neuorientierung bei. Leider werden

die Gesundheitswissenschaften weiterhin durch krankheitsorientierte Medizin bestimmt – die Salutogenese bleibt in der Medizin weitgehend ungenutzt. So hat praktisch keine wirkliche *Abkehr*, sondern lediglich eine theoretische *Erweiterung* um neue (psychologische, sozial- und umweltwissenschaftliche) Wissensbestände stattgefunden (vgl. Gangl 2015, S. 03-2).

Im Mittelpunkt der Gesundheitsbildung stehen nichtsdestotrotz Fragen nach der Entstehung und Erhaltung der *Gesundheit*. Im Folgenden wird deshalb die salutogenetische Sichtweise, und das Konzept zur Gesundheitsförderung im Sinne der WHO ausführlicher vorgestellt.

2.2 Gesundheitsentstehungsmodelle – Salutogenese und Gesundheit im Sinne der WHO

2.2.1 Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

In den 1970er Jahren begann der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky mit der Entwicklung eines gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv ansetzenden Modells, für welches er – als Hervorhebung des Gegensatzes zur Pathogenese – die Bezeichnung Salutogenese (Salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; Genese, griech.: Entstehung) wählte. Seine salutogenetisch orientierte Fragestellung sah er als eine wichtige und unverzichtbare *Erweiterung* – Salutogenese und Pathogenese schlossen sich nicht gegenseitig aus, sondern *ergänzten* sich in ihren Fragestellungen (vgl. BZgA 2001, S. 26).

Ausschlaggebend für sein Modell waren zum einen Erkenntnisse aus der Stressforschung, wonach Stressoren als Stimuli gesehen werden, welche zwar zur Anspannung führen, aber nicht als grundsätzlich krankmachend gelten, und zum anderen seine Mitarbeit an einer Untersuchung, im Rahmen derer Frauen trotz traumatischer Erlebnisse über eine relativ gute psychische Gesundheit berichteten.

Die zentralen Fragen, die Antonovsky in seinen theoretischen und empirischen Arbeiten zu beantworten versuchte, lauten: „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (BZgA 2001, S. 24).

Seine Vorstellung über die Entstehung von Gesundheit ist von systemtheoretischen Überlegungen beeinflusst – Gesundheit muss gemäß dem Prinzip der Entropie² immer wieder aufgebaut werden, und gleichzeitig ist der Verlust der Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess (vgl. ebd., S. 25f.). Anders als Vertreter des biomedizinischen Modells geht Antonovsky nicht von einer Dichotomie von Gesundheit und Krankheit aus (siehe Abb. 1), sondern von einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Abb. 2), dessen Pole *völlige Gesundheit* und *völlige Krankheit* nicht zu erreichen sind, sondern zwischen denen Menschen sich zeitlebens hin- und herbewegen (vgl. ebd., S. 32).

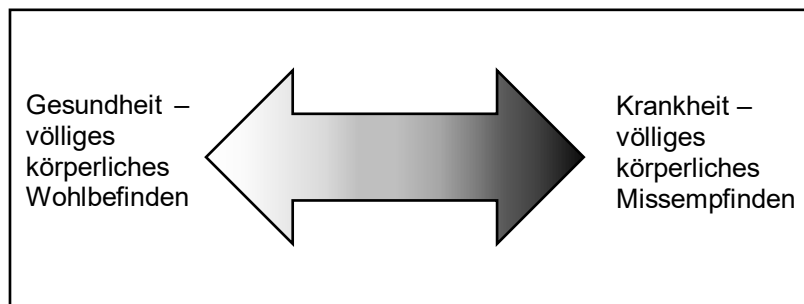


Abb. 2: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung)

Als wichtigste Einflussgröße sowohl bei der Verortung eines Individuums auf dem Kontinuum, als auch dafür, dass es sich in Richtung des gesunden Pols bewegt, bezeichnet Antonovsky das Kohärenzgefühl (engl.: sense of coherence, kurz SOC), eine allgemeine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben – eine Weltanschauung, wie er es einmal unter der Verwendung dieses deutschen Wortes beschrieb (vgl. ebd., S. 28). Dies erklärt, weshalb es unter vergleichbaren äußeren Bedingungen dennoch Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Menschen gibt. Dieses Kohärenzgefühl bildet das Kernstück seiner Theorie. Dabei handelt es sich nicht um einen speziellen Per-

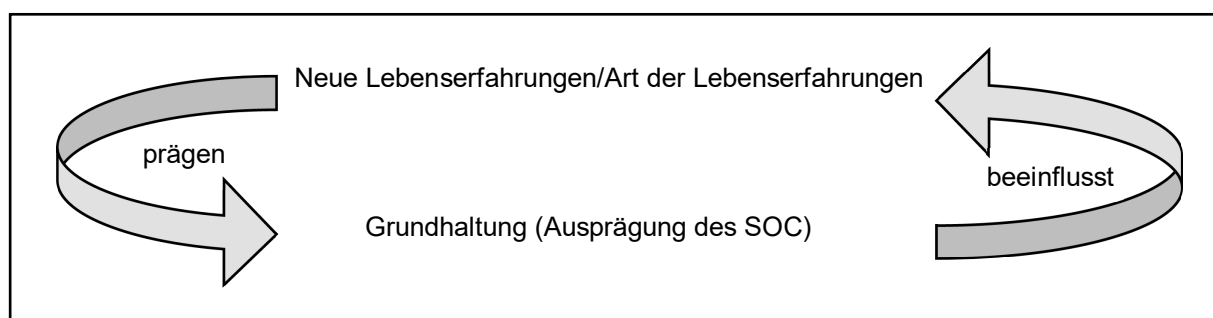


Abb. 3: Dynamik des SOC (eigene Darstellung)

² „Tendenz von Elementarteilchen, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen. Je weniger dies der Fall ist, umso mehr besitzt das System Ordnung und Organisation. Diese Fähigkeit eines Systems zur Organisation wird als negative Entropie bezeichnet“ (BZgA 2001, S. 25).

sönlichkeitstyp, sondern vielmehr um ein relativ überdauerndes Merkmal, welches fortwährend mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert, und von diesen beeinflusst wird. Im Gegenzug hängt es auch von der individuellen Ausprägung des SOC ab, wie diese Erfahrungen empfunden und verarbeitet werden (siehe Abb. 3).

In der Regel bestätigen die Lebenserfahrungen die allgemeine Grundhaltung, wodurch diese stabil und überdauernd wird – ohne dies explizit zu erwähnen, beschreibt Antonovsky diesen Vorgang gemäß den Prinzipien von Piagets Assimilation und Akkommodation (vgl. ebd., S. 31).

Das SOC setzt sich nach Antonovskys Überzeugung aus drei zentralen Komponenten zusammen – dem Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit, und der Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit. Dementsprechend definierte er das SOC als *„globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß*

- 1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;
- 2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- 3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36; Hervorhebung im Original).

Die Entwicklung des SOC verortet Antonovsky hauptsächlich in der Kindheit und Jugend – für eine hohe Ausprägung sei dabei ein ausgewogenes Verhältnis konsistenter und unerwarteter, lohnender und frustrierender Ereignisse ausschlaggebend. Veränderungen hält er bei Menschen ab 30 nur noch für bedingt möglich – allenfalls Ereignisse, welche „die bisherigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten massiv verändern oder viele unerwartete Erfahrungen mit sich bringen“ (BZgA 2001, S. 31) könnten eine solche Veränderung noch herbeiführen.

Im Laufe des Lebens werden Menschen tagtäglich mit Stressoren – unterschiedlich bedeutsamen, inneren oder äußeren Reizen – konfrontiert, die sie in mehr oder weniger ausgeprägte Spannungszustände versetzen, und deren Bewältigung laut Antonovsky die zentrale Aufgabe eines Organismus darstellt. Dabei muss eine so entstandene Stressreaktion nicht unbedingt negative, sondern kann unter Umständen auch neutrale oder gesundheitsförderliche Auswirkungen haben. Hier zeigen sich die Auswirkungen eines starken oder schwach ausgeprägten SOC sehr deutlich. Personen mit starkem SOC werden eher in der Lage sein, einen Reiz als neutral zu bewerten, bzw. bei Konfrontation mit einem für sie bedrohlichen Reiz situationsangemessen die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu dessen Bewältigung zu nutzen, als Personen mit einem schwachen SOC (vgl. ebd., S. 33).

Auf der Suche nach den Faktoren, die für die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren herangezogen werden können, fand Antonovsky eine Reihe von Variablen, die er als generalisierte Widerstandsressourcen (generalized resistance resources – GRR) bezeichnete. Hierbei spielen sowohl individuelle (z.B. körperliche Konstitution, Bewälti-

gungsstrategien, usw.) als auch soziale und gesellschaftliche Faktoren (z.B. soziale Stabilität und Unterstützung, materielle Voraussetzungen, usw.) eine Rolle. Die GRR werden situationsübergreifend wirksam und erhöhen die Widerstandsfähigkeit einer Person (vgl. ebd., S. 34). Dem stellte er später die Stressoren als generalisierte Widerstandsdefizite (generalized resistance deficit – GRD) gegenüber, welche die Widerstandsfähigkeit einer Person schwächen. Das SOC stellt dabei die Instanz dar, welche „dieses Schlachtfeld von Kräften dirigiert und Ordnung oder Unordnung fördert“ (Antonovsky 1997, S. 150).

Von wissenschaftlicher Seite wurde Antonovskys Salutogenese-Modell nicht sehr viel Aufmerksamkeit zuteil, nur sehr wenige Studien widmeten sich seiner empirischen Fundierung. Einige dieser Studien deuten darauf hin, dass SOC und psychische Gesundheit eng miteinander verknüpft sind; der von Antonovsky angenommene, direkte Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit konnte hingegen nicht nachgewiesen werden. Erfreulicherweise fanden sich in einigen Studien jedoch Hinweise darauf, dass das SOC im späteren Erwachsenenalter entgegen Antonovskys Annahmen durchaus noch an Stärke zunehmen kann (vgl. BZgA 2001, S. 87f.).

Blättner stellt fest, dass „das Modell der Salutogenese die beste vorhandene theoretische Basis der Gesundheitsförderung darstellt, auch wenn der Forschungsstand dazu nach wie vor nicht befriedigend ist“ (Blättner 2007, S. 67). Im Anwendungsfeld Prävention dient das Modell als eine Art Metatheorie, als Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und konkrete Maßnahmenplanung (vgl. BZgA 2001, S. 70). Als besonders bedeutsam wird auch herausgehoben, dass es „den Aspekten „Warnungen“, „Furchtappell“ und „Lustfeindlichkeit“ des Risikofaktorenmodells ein positives Konzept entgegensetzt“ (ebd., S. 71), und damit ein Perspektivenwechsel von den Risiko- zu den *Protektiv*faktoren stattfindet.

Interessant ist auch, dass Antonovsky selbst keine eigene Gesundheitsdefinition formuliert hat – sein Interesse zielte nicht auf die Erklärung der Gesundheit als idealistischem Konzept, welches er als unrealistisch betrachtete. „Zudem erfordere eine Gesundheitsdefinition immer die Festlegung von Normen und beinhalte damit die Gefahr, andere Menschen an Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zuträfen“ (Antonovsky 1995, zitiert nach BZgA 2001, S. 28).

Zusammen mit anderen Ansätzen, wie z.B. dem Konzept des Empowerment, in dem Menschen in Situationen des Mangels Kompetenzen zuerkannt und gefördert werden, statt Defizite auszugleichen, steht das Salutogenese-Modell für einen Perspektivenwechsel in der Prävention, welcher durch die WHO im Jahre 1986 und den Ansatz der Gesundheitsförderung ihren vorläufigen Höhepunkt findet.

2.2.2 Gesundheit im Sinne der WHO

Die WHO (World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation) setzt sich aus 14 Sonderorganisationen der Vereinten Nationen zusammen. Ihr oberstes Entscheidungsgremium ist die Weltgesundheitsversammlung, die einmal jährlich in Genf zusammentritt. Die Aufgabe der WHO ist es, Konzepte zur Gesundheit zu entwickeln, die sowohl

für industrialisierte als auch für weniger entwickelte Länder Gültigkeit besitzen (vgl. Franke 2012, S. 190). Vor etwa 70 Jahren formulierte sie in der Präambel ihrer Verfassung die wohl bekannteste und bis heute meistzitierte Definition von Gesundheit:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (WHO 1946).

Indem sie Gesundheit als multidimensional definierte, erstmalig in diesem Zusammenhang soziale Faktoren betonte, und den Begriff des Wohlbefindens verwendete, wandte sich auch die WHO deutlich von der rein biomedizinischen Sichtweise der damaligen Zeit ab.

Trotz dieser positiven Aspekte, welche begeisterten Beifall ernteten, beinhaltet sie auch einige problematische Formulierungen, die im Laufe der Jahre immer wieder für Kritik und Diskussionen gesorgt haben.

Die Hauptkritikpunkte bezogen sich auf die Bezeichnung der Gesundheit als *Zustand*, und weiterhin auf die von der WHO beschriebenen Utopie eines *vollständigen* körperlichen, geistigen und sozialen *Super-Wohlbefindens*. Bittner schreibt über die „ebenso berühmte wie törichte WHO-Definition“ (Bittner 1994, S. 69), dass demzufolge kaum ein Zustand denkbar sei, der nicht als behandlungsbedürftig gelten könne, da dieser angenommene paradiesische Zustand praktisch niemals gegeben sei (vgl. ebd., S. 69f.). In der 1946er-Version der Definition wird zudem nichts über die Rahmenbedingungen ausgesagt, Gesundheit wird auf der individuellen Ebene lokalisiert (vgl. Franke 2012, S. 190). Da Gesundheit als Menschenrecht jedoch als Ressource für erhöhte Lebensqualität gilt, muss eine Definition den jeweiligen Lebenskontext der Individuen berücksichtigen und sich die Frage nach konkreten Ausgestaltungsmöglichkeiten stellen (vgl. Gangl 2015, S. 03-5).

Hurrelmann und Franzkowiak weisen darauf hin, dass es bei der Übersetzung der Begriffe vom Englischen³ ins Deutsche zu einigen Verschiebungen gekommen sei. Zum einen sei mit dem Begriff *state* nicht ein statischer, unveränderbarer Zustand gemeint, sondern vielmehr ein Stadium, welches eine Balance zwischen Ressourcen und Belastungen beinhalte. Zum anderen wäre für das englische *complete* die Übersetzung *umfassend* statt *vollständig* treffender gewesen, da „auf Multidimensionalität von Gesundheit abgezielt wird, nicht auf eine normative Ergebnisaufzählung“ (Hurrelmann & Franzkowiak 2015). Trotz ihrer weiterhin erheblichen Ausstrahlung in die Politik und die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung betrachten Hurrelmann und Franzkowiak die Definition für die wissenschaftliche Arbeit als überholt (vgl. ebd.).

³ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Die WHO hielt zwar trotz der kritischen Stimmen an ihrer Definition fest, mit der Zeit erfolgte jedoch eine allmähliche Abkehr vom Zustands- zu einem Prozessbegriff (vgl. Gangl 2015, S. 03-5). Zudem hat Hurrelmann aus den Grundvorstellungen zentraler wissenschaftlicher Theorien Grundsätze für einen wissenschaftlich haltbaren Gesundheitsbegriff abgeleitet, und letztendlich eine konsensfähige Definition von Gesundheit vorgeschlagen, welche von der WHO als die Weiterentwicklung ihrer eigenen anerkannt wurde:

„Gesundheit setzt sich demnach aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammen, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit ist eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen verbunden, die sich in der persönlichen Lebensführung niederschlagen. Sie ist ein Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muß. Sie ist kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, wie die rein körperliche Fixierung des Begriffes in der klassischen Medizin nahelegt, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen. Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden dabei den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit“ (Hurrelmann 1994, S. 17).

Ende der 1970er Jahre entwickelte die WHO das Konzept und die Prinzipien der Gesundheitsförderung, welche 1986 in der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung zusammengefasst wurden. Diese soll im Folgenden etwas genauer vorgestellt werden, da das Selbstverständnis der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen den dort formulierten Grundsätzen entspricht (vgl. FK Gesundheit der Berliner Volkshochschulen 2014). Gesundheitsförderung als Begriff taucht daneben noch einmal im Kapitel 3.1.2 auf.

Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung

In den 1970er Jahren war in den industrialisierten Ländern ein immenser Zuwachs an chronischen Krankheiten zu verzeichnen, die zudem immer jüngere Altersgruppen betrafen. Trotz unterschiedlicher Ursachen und Verläufe konnte als verbindendes Element ausgemacht werden, dass das primär kurativ und individualmedizinisch ausgerichtete Versorgungssystem sie relativ spät entdecken und auch nicht besonders wirksam beeinflussen konnte. Als verursachende Größen wurden übereinstimmend die Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnisse, und die Art, wie die Menschen auf diese reagierten gesehen (vgl. Rosenbrock 1998, S. 2). Im Jahre 1978 wurde in Alma-Ata eine Erklärung zur Primären Gesundheitsversorgung abgegeben, welcher 1979 die Globalstrategie der WHO Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 (GFA) folgte. Die Deklaration setzte sich für weltweit gleichmäßig verteilte Gesundheitsressourcen ein, und formulierte Strategien, mit denen das hochgesteckte Ziel erreicht werden sollte. Als Antwort auf die weiterhin wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung fand am 21. November 1986 die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt, auf der die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde (vgl. WHO 1986). Die WHO versteht Gesundheitsförderung als einen Prozess, „allen Menschen ein höheres

Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (vgl. ebd.). Gesundheit sei als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens, jedoch nicht als ihr vorrangiges Lebensziel zu verstehen. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung läge nicht allein beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen. Als grundlegende Bedingungen für Gesundheit nennt die WHO u.a. Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes sei zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden. Die Ottawa Charta beschreibt fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung – die Schaffung von Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die Entwicklung der persönlichen Kompetenzen jedes einzelnen Menschen, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste – und damit einhergehend drei Handlungsstrategien: *Interessen vertreten* – aktives anwaltschaftliches Eintreten, um gesundheitsrelevante individuelle und gesellschaftliche Faktoren positiv zu beeinflussen; *Befähigen und Ermöglichen* – Chancengleichheit bei der Einflussnahme auf die Entfaltung des eigenen Gesundheitspotenzials; und *Vermitteln und Vernetzen* – ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheitssektor, und in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden (vgl. ebd.).

Die Ottawa Charta als das zur damaligen Zeit umfassendste, wissenschaftlich gut untermauerte Präventionskonzept, stieß auf breite Resonanz. Tatsächlich jedoch hapert es damals wie heute an der Umsetzung der darin enthaltenen Grundsätze. Gründe dafür sieht Rosenbrock nicht nur im Fehlen eines staatlich gewollten Gesamtkonzepts, sondern vor allem darin, dass sie sich „an alle Akteure zugleich, und damit an niemand an Konkreten“ (Rosenbrock 1998, S. 8) wendet, und weiterhin im Fehlen von Leitlinien dafür, wie „in der realen Welt von Widersprüchen und Interessen der Weg von a nach b, vom gesundheitlich defizitären und weithin kontraproduktiven Ist-Zustand zum gewollten und gesundheitswissenschaftlich begründeten Soll-Zustand organisiert werden kann“ (ebd., S. 9).

Im Jahre 1997 legten die Teilnehmenden der Vierten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta den Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert vor, und bekräftigten, dass die in der Ottawa-Charta ausgewiesenen Strategien und Handlungsfelder für alle Länder relevant seien.

Trotz dieser zu großen Teilen utopischen Konzeptionen, wie sie die WHO in ihrer Definition, der Ottawa-Charta und vielen Folgeveröffentlichungen erarbeitet hat, hält sie weiterhin daran fest. Es bleibt die Frage, ob nicht besser etwas von ihnen abgerückt werden, und nach besser durchsetzbaren Lösungen gesucht werden sollte. Andererseits ist es bei einem Thema wie diesem vielleicht gerade wichtig, ein (unerreichbares) Ideal anzustreben, um so mit der Zeit zumindest Teilziele erreichen zu können.

Eine Frage, die sich in diesem Kontext aufdrängt, ist die nach der *Verantwortlichkeit* für Gesundheit. Im an- und abschließenden Exkurs soll deshalb kurz andiskutiert werden,

wo diese denn nun eigentlich zu suchen ist, und inwiefern sich diesbezüglich in den vergangenen Jahrzehnten ein Wandel beobachten lässt.

2.3 Exkurs – Zum Stellenwert individueller Gesundheitsförderung (durch Gesundheitsbildung)

Zu welchem Anteil ist die Verantwortlichkeit für Gesundheit bei der Gesellschaft zu suchen, und inwieweit ist das Individuum selbst seiner eigenen Gesundheit Schmied?

Gesellschaftliche Veränderungen wie der demografische Wandel, welcher neben einem deutlichen Bevölkerungsrückgang auch eine Verschiebung der Altersstruktur zu immer mehr Hochaltrigen bedeutet, machen eine gute Gesundheit bis ins hohe Alter wichtiger denn je. Das sollte in unseren modernen Zeiten eigentlich ohne weiteres möglich sein, denn industrialisierte Länder verfügen über eine hohe Ärztedichte und sehr effizient arbeitende Krankenhäuser. Und trotzdem werden die Menschen kontinuierlich ansteigend krank – ein Paradoxon. Laut Nefiodow ist ein Grund dafür im Gesundheitswesen zu suchen, welches bisher eher als *Krankheitswesen* zu bezeichnen ist (siehe Kapitel 2.1) – 99% der Finanzmittel würden in die Erforschung, Diagnose und Therapie von Krankheiten investiert, lediglich 1% flösse in die vernachlässigten Bereiche der Prävention (vgl. Nefiodow 2006, S. 54). So können die Menschen oftmals zwar wieder gesund werden, viel erstrebenswerter wäre es jedoch, wenn sie erst gar nicht krank werden müssten. Trotzdem wird nicht nur weiterhin krankheitsorientiert gedacht und gehandelt, die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung rückt auch immer mehr in den privaten Bereich. Gründe dafür sind sicherlich auch in der gesundheitspolitischen Entwicklung seit den 1970er Jahren zu suchen, die zu Beginn von einem *Ausbau* der Gesundheitsversorgung gekennzeichnet waren. Ein hohes Wirtschaftswachstum und ein damit verbundener starker Einnahmewachstum bei den Krankenkassen ließ eine expansive Ausgabenentwicklung unproblematisch erscheinen. Mit der Mitte der 1970er einsetzenden Weltwirtschaftskrise, mit eher niedrigen Wachstumsraten und hohen, in der Tendenz steigenden Arbeitslosenzahlen, wurde (und blieb) Kostendämpfung *das* Schlagwort der bundesdeutschen Gesundheitspolitik⁴ (vgl. Gerlinger & Schönwälder 2012). In der ersten Phase (1975 – 1992) kam es u.a. zu einer Privatisierung von Behandlungskosten, also der Einführung und sukzessiven Erhöhung individueller Zuzahlungen, und den Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Erstattungskatalog der Kassen. Die Problemlösungsansätze erwiesen sich trotzdem als unzureichend, und so kam es in einer zweiten Phase ab 1992 zu einem Schub in Richtung auf die Privatisierung von Krankenbehandlungskosten, womit der Gesetzgeber Kernelemente der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung einführt, und damit weit über die bisherige Praxis der sukzessiven und insgesamt eher moderaten Anhebung von Zuzahlungen hinausging

⁴ Dabei ist die Notwendigkeit einer solchen Zielorientierung laut Gerlinger und Schönwälder keineswegs unumstritten. Sie weisen darauf hin, dass "die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre, gemessen an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung (BIP), kaum gestiegen sind. [...] Ungeachtet dessen genießt der Begriff der Kostenexplosion nach wie vor eine große Popularität, und alle Regierungskoalitionen machen sich das Ziel der Kostendämpfung zu eigen" (Gerlinger & Schönwälder 2012).

(vgl. ebd.). Die Entwicklung tendierte immer mehr zu einer Hilfe durch Selbsthilfe von Seiten des Staates, die an erhebliche Eigenleistungen der Individuen geknüpft ist.

Leider wurde das Problem auch so nicht gelöst, sondern lediglich verlagert. Laut Kaba-Schönstein und Trojan steht eine systematische Gesundheits(förderungs)politik in Deutschland erst am Anfang – eine Konzentration auf Appelle an die Eigenverantwortung der Bevölkerung für ihr Gesundheitsverhalten wird der Komplexität der Determinanten von Gesundheit nicht gerecht (vgl. Kaba-Schönstein & Trojan 2017). Die im Leitbild der Ottawa-Charta beschriebenen „aufgeklärten und befähigten Bürger und Bürgerinnen, die in der Lage sind, ihr Gesundheitspotenzial durch Selbstbestimmung zu entfalten und auf die Determinanten einzuwirken, die ihre Gesundheit beeinflussen“ (ebd.) werden im Rahmen der Politik der Weltgesundheitsorganisation bereits auf der *Haben*- statt noch auf der *Soll*-Seite verbucht. Es kommt zur Individualisierung von Gesundheitsrisiken, Schuldzuweisungen (*blaming the victim*), und zur Vernachlässigung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, anstelle der eigentlich durch das neue Konzept der Gesundheitsförderung⁵ angestrebten geteilten Verantwortung von Individuum und Staat.

Betrachtet man Antonovskys Modell der Salutogenese, erscheint es durchaus sinnvoll, nach einer Veränderung des Gesundheitswesens – z.B. von *Krankenkassen* zu *Gesundheitskassen* – zu fragen, die nach dem Motto *Prävention vor Kuration* angemessene Mittel zur Erhaltung der physischen *und* psychischen Gesundheit zur Verfügung stellen können. Vor dem Hintergrund der drastischen Veränderung der Lebens- und Arbeitswelten der Gesellschaft im 21. Jahrhundert (verlängerte Arbeitszeiten, stetig steigende Anforderungsprofile und Belastungslagen, Dauerstress im persönlichen Umfeld, und daraus entstehende zusätzliche seelische und körperliche Belastungen) ist ein Umdenken in diesem Bereich nicht nur wünschenswert, sondern schon lange überfällig.

Die vorangegangenen Seiten haben hoffentlich einen kleinen Einblick in das Dickicht der Vorstellungen, Meinungen und Diskussionen über Gesundheit gegeben. Die Entscheidung für die in dieser Arbeit verwendeten Quellen und Veröffentlichungen ging immer zu Lasten anderer, die einen anderen Blick oder noch eine andere Herangehensweise an das Thema offeriert hätten. Deshalb sind die Ausführungen bei weitem nicht als abschließend oder vollständig zu betrachten – im Gegenteil, es bliebe noch viel Wichtiges und Interessantes zu sagen. Viele Konzepte wurden gar nicht besprochen, wie z.B. *Empowerment*, das seit der Alma-Ata-Erklärung und der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung ein zentrales Konzept der WHO-Vision von Gesundheitsförderung darstellt, *Health Literacy*, welches alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper ebenso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen

⁵ Hinweis: die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden oft fast austauschbar verwendet, dabei sind sie in der Fachdiskussion vielmehr ein Problempaar: **Prävention** ist an dem Ziel orientiert, Krankheit und pathogene Risiken zu vermeiden und geht von Theorien über Krankheitsursachen aus. **Gesundheitsförderung** stellt dagegen die Frage nach der Entstehung von Gesundheit – welche Determinanten Gesundheit herstellen und welche salutogenen Ressourcen deshalb im Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen der Determinanten gestärkt und gefördert werden müssen (vgl. Kaba-Schönstein & Trojan 2017).

Lebensbedingungen beschreibt, oder *Primary Health Care*, ein Konzept in der Deklaration von Alma Ata, mit dem die WHO 1978 Gesundheit zu einem grundlegenden Menschenrecht erklärte⁶.

Für diese Arbeit muss es jedoch genügen, wenigstens die Komplexität des Themas Gesundheit herausgestellt zu haben, und damit einhergehend auch die enorme Wichtigkeit, sich im Rahmen erwachsenenpädagogischer Arbeit damit zu beschäftigen, da es jede/n Einzelne/n betrifft. Im folgenden Kapitel soll nun dieser Brückenschlag zwischen dem Thema Gesundheit und der (Erwachsenen)Bildung in Angriff genommen werden.

3. Gesundheit im Bereich der Bildung

Im zweiten Kapitel wurde gezeigt, dass es viele unterschiedliche Sichtweisen auf Gesundheit gibt, und eine eindeutige Bestimmung somit kaum möglich erscheint. Trotzdem wird davon ausgegangen, sie über Bildungsprozesse beeinflussen zu können. Gesundheitsbildung wird meist verstanden als Methode der Informationsvermittlung zur Kompetenzstärkung von Erwachsenen, und findet in Einrichtungen der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulen), aber auch etwa im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung statt (vgl. Gangl 2015, S. 03-7). Ebenso wie sich jedoch die Betrachtung und die Begrifflichkeiten von Gesundheit, und der Umgang mit ihr über die Zeit gewandelt haben, ist dies auch bei der *Gesundheitsbildung* der Fall.

In den folgenden Teilkapiteln wird zunächst die Entwicklung dieser Begrifflichkeiten in Kürze nachgezeichnet⁷, anschließend werden einige wichtige Konzepte aus den Reihen der Volkshochschule dargestellt. Nach einer Darstellung des Forschungsstandes folgt noch ein Exkurs zum Thema Gesundheitsbildung und Wellness, in dem die Frage aufgeworfen werden soll, inwiefern das eine mit dem anderen vereinbar sein kann.

3.1 Von der hygienischen Volksbelehrung zur Gesundheitsbildung – ein weiter Weg

3.1.1 Die Anfänge der Gesundheitspflege – die hygienische Volksbelehrung

„Die Geschichte der Gesundheitserziehung ist so alt wie die Geschichte der Hygiene überhaupt; denn Hygiene mußte zu allen Zeiten erzieherische Maßnahmen anwenden, wobei allerdings zunächst auf die Ausbildung einer besonderen Methodik kaum spezielle Aufmerksamkeit verwendet wurde“ (Meinecke 1957, S. 6). Bereits in ihren Anfängen hatte Gesundheitserziehung (damals noch: hygienische Volksbelehrung) zum Ziel, die Lebensführung der Menschen zu beeinflussen – auch wenn nicht immer eine *bewusste* Verbindung von Lebensführung und Gesundheit bestand, so waren z.B. religiöse, kultu-

⁶ Siehe: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA, online unter <https://www.bzga.de/forschung/leitbegriffe/> [13.09.2018].

⁷ Dabei wird darauf verzichtet, einen in diesem Zusammenhang zugrunde gelegten Bildungsbegriff zu diskutieren, da didaktische Überlegungen und Konzeptionen nicht Gegenstand dieser Arbeit sind.

relle oder sittliche Forderungen (Anweisungen zur Reinlichkeit beim Trinken, das Sauberhalten von Speisen und Getränken, usw.) häufig von großer hygienischer Bedeutung, und somit gesundheitsförderlich (vgl. ebd.). Der Übergang ins 19. Jahrhundert wurde begleitet von einer größeren Planmäßigkeit der hygienischen Volksbelehrung. Es kam zur Gründung verschiedener Vereine und Stiftungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge, und zur Einführung des Hygieneunterrichts an den Schulen, da angenommen wurde, dass eine gesunde Lebensweise umso wahrscheinlicher würde, je früher die Gesundheitserziehung ansetze. Die Bedeutung der *vorbeugenden* Gesundheitspflege wurde alsbald erkannt, und auch die Erhaltung der seelischen Gesundheit als wichtigstes Ziel herausgestellt (vgl. ebd., S. 9ff.). Die Bedeutung der ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit (also Körper und Geist/Seele) war allerdings auch schon zu diesem Zeitpunkt nicht neu – der römische Satiriker Juvenal erkannte bereits im zweiten Jahrhundert, dass „Gesundheit nicht nur eine Angelegenheit des Körpers ist und dem Geist diesbezüglich mindestens gleiche Rechte hinsichtlich der Wartung und Pflege zukommen“ (zitiert nach Böhme 2012, S. 6).

Die Durchführung der gesundheitlichen Volksbelehrung wurde 1934 in Deutschland durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, und in einem neueren Gesetz von 1953 zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, ausdrücklich zu einer Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter erklärt. Anlässlich des Weltgesundheitstages am 07.04.1954 erfolgte die Gründung des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung – einem zentral geleiteten Verein für Gesundheitserziehung. Diese sollte nicht von oben dirigiert, sondern von unten, durch die Aktivierung der Bevölkerung, eingeleitet werden (vgl. Meinecke 1957, S. 11f.)

3.1.2 Neuere Konzepte: Von der Gesundheitsaufklärung zur Gesundheitsbildung

Das Konzept der Gesundheitsaufklärung sah vor, die Bevölkerung durch massenmediale Vermittlung von Informationen über Gesundheit z.B. durch Angst, Sachinformation oder Modelllernen dazu zu motivieren, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Tatsächlich jedoch ist die Idee, über gesundheitliche Risiken aufzuklären, in der Durchführung mit einigen Schwierigkeiten verbunden. So ist z.B. die Vermittlung *eindeutiger* gesundheitsbezogener Botschaften in einer Kultur der Meinungsfreiheit unrealistisch, zumal zu jeder neuen wissenschaftlichen Erkenntnis immer verschiedene Annahmen existieren. Auch wurden gesundheitsrelevante Informationen in früheren Zeiten oft gepaart mit mehr oder weniger massiven Angstappellen dargeboten oder es wurde auf regelmäßige Wiederholung der Information gesetzt – Karius und Baktus, die die Kinder bis in die 1990er zum Zähneputzen animieren sollten, oder die bis heute eingesetzte Werbung für den Kondomgebrauch zur AIDS-Prävention sind nur zwei Beispiele dafür. Allerdings erwies es sich, dass dadurch – wenn überhaupt – jeweils nur kurzfristige Erfolge erzielt werden konnten, bzw. regelmäßige Wiederholung bestimmter Botschaften nach einer Weile zur Gewöhnung, Langeweile oder sogar Ablehnung führt (vgl. Blättner 1997a, S. 119f.).

Auch eine der Hauptannahmen, die nicht nur der Gesundheitsaufklärung, sondern auch der Gesundheitserziehung zugrunde liegt, ist in der praktischen Umsetzung nicht unproblematisch – nämlich, dass es sich objektiv feststellen ließe, welche Verhaltensweisen zu einer langfristig besseren Gesundheit führen, und welche nicht. Maßnahmen, die auf die Vermeidung populationsbezogener, gesundheitlich riskanter, bzw. auf die Hinwendung zu protektiven, gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen abzielen, sollten somit auf möglichst umfassende Information und zusätzlich auf positiv besetzte Motivation setzen, um so die Wahrscheinlichkeit des wünschenswerten Verhaltens zu erhöhen (vgl. ebd., S. 120). Zudem sollte ein substanzieller Nutzen für die Teilnehmenden nicht nur unmittelbar erkennbar und erstrebenswert, sondern auch schnell, und mit wenig Aufwand zu erreichen sein. Allein schon der letzte Punkt wird in der Praxis wohl meist undurchführbar bleiben, da die Bereitschaft, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, in der heutigen Zeit zunehmend mit teils erheblichem finanziellen und auch zeitlichen Aufwand verbunden ist (vgl. ebd.). Weitere, kritisch zu betrachtende Punkte am Konzept der traditionellen Gesundheitserziehung sind einmal wieder die überwiegende Krankheitsvermeidungsorientierung (vgl. Kapitel 2.1.), so dass die Pädagogik oft lediglich als der verlängerte Arm der Kurativmedizin fungierte (vgl. Haug 1991, S. 40f.), und außerdem die Ignoranz der Lebensbedingungen, die Menschen krank machen können.

Da der Begriff *Gesundheitserziehung* im Deutschen zudem mit einer gewissen Unmündigkeit der erwachsenen Teilnehmenden, und einer damit einhergehenden Bevormundung durch die Lehrenden verknüpft wird, fand mit der Zeit ein Paradigmenwechsel von der Fremd- zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit statt.

Die neueren Konzepte der Gesundheitsförderung und -bildung orientieren sich enger an den Ideen der Ottawa-Charta und der Salutogenese (vgl. Kapitel 2.2.1), und verzichten auf den Glauben, dass es eindeutig feststellbare Ursachen für Gesundheit oder Krankheit gibt. Gerade die *Vielfalt* der Sichtweisen wird zum Thema gemacht, die Teilnehmenden setzen sich ihre eigenen Ziele.

Der Ansatz der Gesundheitsförderung legt einen komplexen, mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff zugrunde und baut auf einem *biopsychosozialen Krankheitsmodell* auf. Neben individuumsbezogenen Ansätzen wird v. a. die Notwendigkeit struktureller Veränderungen betont (vgl. BZGA 2001, S. 19.f.).

Es soll nicht mehr um die Vermeidung von Krankheit, sondern um die Unterstützung der Entstehung von Gesundheit gehen, ohne dabei Kranke auszuschließen. Begründet war dies u.a. mit Erkenntnissen aus der Motivationspsychologie, die vermuten ließen, dass Menschen eine größere Bereitschaft zum Handeln zeigen, wenn sie sich selbst dazu entschieden haben. Hier lassen sich auch Parallelen zum Konzept des Empowerment erkennen, also der Förderung der Stärken eines Individuums statt eines Defizitenausgleichs (vgl. Blättner 1997a, S. 122f.). Der Aspekt der Selbstbestimmung entspricht mit seiner Teilnehmenden- und Handlungsorientierung auch den Modellen der Erwachsenenbildungswissenschaft. In der Gesundheitsbildung – dem Teil der Gesundheitsförderung, der sich mit dem Lernen Erwachsener beschäftigt – kann vorher nicht bekannt sein, was am Ende das Ergebnis des Lernprozesses sein wird. Es geht nicht primär um Veränderung,

sondern um Akzeptanz und ein Sich-annehmen, dem dann später eine persönliche Veränderung folgt, die nicht von außen determiniert werden kann. Die Betrachtung gesundheitlicher Phänomene unter biografischen Gesichtspunkten und die Einsicht, dass unterschiedliche Deutungen möglich sind, und die eigenen Wahrnehmungen somit auch immer hinterfragt werden könnten, sind wichtige Elemente und Teile dieser Lernprozesse (vgl. ebd., S. 123f.). Die Methoden der Gesundheitsbildung sind wesentlich von der Person und den Wünschen der Teilnehmenden abhängig. „Menschen wollen immer weniger Wissen vermittelt bekommen. Sie wollen sich orientieren können, bewerten können, sowie Sinn und Ziel erörtern können“ (Scheftschick 2005, S. 122). Scheftschick nennt fünf Lernformen, die in diesem Zusammenhang immer bedeutsamer werden: Lernen als ...

... Möglichkeit der Erfahrungen und Erlebnisse mit allen Sinnen (wahrnehmungsorientiert),

... Nutzung des Miteinanders in der Gruppe zum Austausch unterschiedlicher Sichtweisen und Lösungsmöglichkeiten (sozial),

... Einbeziehen der eigenen Biografie und der Lebenserfahrungen (biografisch),

... Möglichkeit des Perspektivwechsels und des Umdenkens – Fragen nach den eigenen Fähigkeiten und Stärken stehen im Vordergrund (salutogenetisch), und

... Ausprobieren neuer Möglichkeiten der Entspannung, Ernährung und Kommunikation als Voraussetzung der Umsetzung des Gelernten (handlungsorientiert) (vgl. ebd., S. 122f.).

Eines der Probleme der Gesundheitsbildung ist laut Blättner „ihr Wirksamkeitsnachweis unter quantitativen und medizinischen Gesichtspunkten. Sie kann aufgrund ihrer Eigenlogik ihre Wirksamkeit nicht mit der Waage, den Konsumzahlen von Tabakprodukten oder Überlebensraten messen, denn sie perturbiert das Nachdenken über sich und die Welt, sie determiniert es nicht“ (ebd., S. 124).

Im allgemeinen Bildungsdiskurs wurde die Gesundheitsbildung zu Beginn entweder außer Acht gelassen, oder mit misstrauischer Distanziertheit betrachtet.

Ein bedeutender Schritt nach vorne gelang im Jahr 1985 mit der Veröffentlichung des Rahmenplans Gesundheitsbildung an Volkshochschulen durch den PAS des DVV. Bis heute kann dieser Rahmenplan als eines der wichtigsten (wenn nicht gar *das* wichtigste) Dokument dieses Bereichs betrachtet werden, da er sich von einseitigen Erziehungs- und Aufklärungsabsichten distanziert. Dieser und darauf folgende konzeptionelle Entwürfe aus der Praxis der Volkshochschulen werden in den folgenden Teilkapiteln vorgestellt.

3.2 Konzeptionelle Entwürfe der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

3.2.1 Der Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

Die 1980er Jahre waren im Gesundheitswesen geprägt von der sogenannten Kostenexplosion, der durch ein verstärktes Zurückweisen der Verantwortung für Gesundheit in private Verantwortung entgegengewirkt werden sollte (siehe dazu Kapitel 2.3). Blättner beschreibt die gesundheitspolitische Situation mit dem Bild zweier, sich gegenüberstehender Fronten: „Unter Kostendämpfungsargumenten wurden Menschen mit fremdbestimmten Verhaltensanweisungen in die Verantwortung für ihre Gesundheit genommen. Aus sozialen Bewegungen heraus entstand eine kritische Gesundheits- und Sozialpolitik, die die Selbstbestimmung über gesundheitliche Belange einforderte“ (Blättner 1997b, S. 81). Gleichzeitig wurden auch Forderungen nach einem Ausbau der Erwachsenenbildung laut. Die Konzeption der Gesundheitsbildung war schon zu dieser Zeit ganz wesentlich durch die Volkshochschulen geprägt, und war mit sozialen Bewegungen, wie der Frauenbewegung, der Ökologiebewegung und der Gesundheitsbewegung verknüpft (vgl. Blättner 2014), welche ein gemeinsames Misstrauen und die Auflehnung gegen die bestehende (Gesundheits-)Politik und das Expertenwissen der wissenschaftlichen Disziplinen einte. Trotz eines bereits erkennbaren Wachstumsschubs Anfang der 1980er Jahre und aufkommender erster Konzeptdiskussionen, die sich bereits von der Expertenorientierung der Gesundheitserziehung wegbewegten, gab es nur wenige Angebote im Themenbereich Gesundheitspflege, -erziehung, und -aufklärung, welche zudem kein erkennbares Profil aufwiesen (vgl. Blättner 1997b, S. 77).

Aus der damit zusammenhängenden Notwendigkeit, einige Empfehlungen für die Planung und Durchführung des Gesundheitsbildungsprogramms zu formulieren, entwarf die PAS des DVV mit dem Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen eine didaktische Grundlage.

Seine Adressaten waren in erster Linie Leitung und hauptamtliche pädagogische Mitarbeitende an Volkshochschulen (aber auch Kursleitende), für die er eine Arbeitshilfe darstellen soll. Lange Zeit lag mit dem Rahmenplan die einzige Gesamtdarstellung der Gesundheitsbildung vor. Er bildete die Grundlage für viele der späteren konzeptionellen Schriften an Volkshochschulen, und dient(e) außerdem als eine Art Leitbild (vgl. Blättner 1998). Das Gesundheitsverständnis entspricht dem der WHO von 1946, die Einsicht in die multifaktorielle Entstehung von Erkrankungen und die Untrennbarkeit körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Dimensionen korrespondiert mit dem salutogenetischen Modell Antonovskys (obwohl dieses noch nicht explizit genannt wird). Statt auf der Verhütung von Krankheit steht die vorsorgende, primär-präventive⁸ Bildungsarbeit im Mittelpunkt, mithilfe derer es den Teilnehmenden ermöglicht wird, den Bezug zu ihrer Gesundheit wiederzufinden (PAS des DVV 1985, S. 3f.). Die Grundidee des Rahmenplans war

⁸ Primäre Krankheitsprävention soll wirksam werden, wenn noch keine Krankheit oder fassbare biologische Schädigung eingetreten ist. Bekannte auslösende oder vorhandene Ursachen und Teilursachen (z.B. Risikofaktoren) von Krankheiten sollen vermieden werden (vgl. Franzkowiak 2015b). Somit liegt *eigentlich* doch die Absicht vor, Krankheit zu verhüten. Tatsächlich haben sich die Volkshochschulen trotzdem Gesundheitsförderung, und nicht Krankheitsverhütung auf die Fahnen geschrieben.

es, den Selbsthilfegedanken zu unterstützen, Laienkompetenz neben Expertenwissen zu setzen, und über Schulmedizin und Alternativmedizin gleichermaßen zu informieren (vgl. Blättner 1997b, S. 72). Besonders interessant ist, dass die Autoren des Rahmenplans das erweiterte Gesundheitsverständnis insofern in die Konzeption einfließen ließen, indem sie die Themenbereiche und Angebotsfelder ungeachtet der bestehenden Fachbereiche zusammentrugen. Auf diese Weise wird Gesundheitsbildung *fächer- und fachbereichsübergreifend* beschrieben, womit dazu beigetragen werden sollte, dass sie auch als übergreifende Aufgabenstellung in den Bildungseinrichtungen verwirklicht werden kann (vgl. PAS des DVV 1985, S. 4f.). Bezugspunkte für die Angebotsplanung sind zum einen Lebensfelder, und zum anderen die Inhaltsbereiche der Gesundheitsbildung (siehe Abb. 4a und 4b auf S. 28 und 29), wodurch die Funktion der Adressaten (die Planenden) ersichtlich wird, welche „jeweils unter Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse den Einklang zwischen einem inhaltlichen Erkenntnisstand und lebenssituationsbezogenen Bildungsinteressen herzustellen haben, damit ein Angebot teilnehmergerecht zustandekommt“ (ebd., S. 5).

Da der Rahmenplan in einer Zeit entstand, in der sich die Wissenschaft bisher wenig mit Gesundheit beschäftigt, und die Erwachsenenbildung die Gesundheitsbildung noch nicht im Blick hatte, war die wissenschaftliche Unterfütterung der didaktischen Grundidee nur in Teilen möglich. Vorher bereits beschriebene Ansätze sahen es als Aufgabe der erwachsenenspezifischen Gesundheitserziehung an, dauerhafte *Verhaltenskorrekturen* zu ermöglichen. Der Rahmenplan wendete sich gegen solche Formen der Fremdbestimmung, und war seiner Zeit damit weit voraus. Letzten Endes sorgte die parallel in Wissenschaft und Gesellschaft aufkommende Kritik an der Gesundheitsversorgung mit für den Erfolg des Rahmenplans, durch den in der Gesundheitsbildung gewissermaßen die richtigen Fragen zur richtigen Zeit gestellt wurden (vgl. Blättner 1997b, S. 74f.). Die Leitidee des Rahmenplans hat sich als Grundlage der Gesundheitsbildung unbestritten durchgesetzt, da auch über die Volkshochschulen hinaus ihr Kern erkannt wurde, und darauf aufbauend eine Arbeitsbasis geschaffen werden konnte. Erklärungen für den erstaunlichen Wirkungsgrad des Rahmenplans in der Praxis könnten darin zu finden sein, dass er aus der Praxis heraus erarbeitet wurde, die gesellschaftlichen Entwicklungen genau terminiert aufgegriffen wurden, und es gelang, die Kritik am Bestehenden in eine praxistaugliche Didaktik zu übersetzen. Seine Leitidee war außerdem zugleich innovativ, aber auch allgemein genug, um einen breiten Konsens finden zu können (vgl. ebd., S. 77ff.). In den folgenden Jahrzehnten wurde der Rahmenplan vielfach diskutiert und zitiert, blieb aber in seiner Ursprungsform unangetastet. Erst ab den 2000er Jahren wurden aus den Reihen der Volkshochschul-PraktikerInnen weitere Ergänzungen erarbeitet und veröffentlicht.

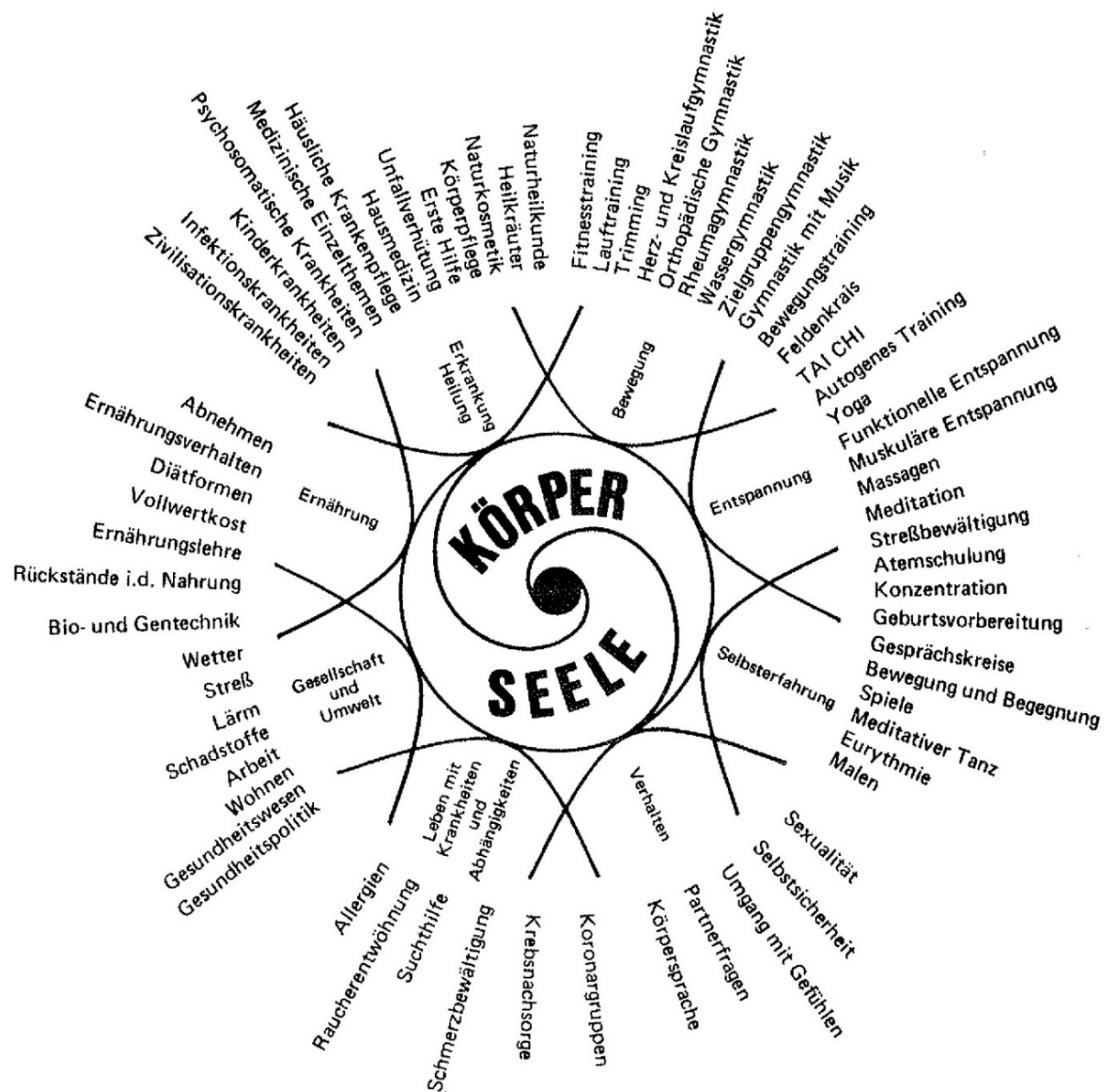


Abb. 4a: Übersichtsgrafik Lebensfelder (Quelle: PAS des DVV 1985, S. 8)

GESUNDE ERNÄHRUNG	ENTSPANNUNG	BEWEGUNG UND KÖRPER-ERFAHRUNG	ABHÄNGIG-KEITEN VON ...	PSYCHISCHE STABILITÄT UND SOZIALE KOMPETENZ	GESELLSCHAFT UND UMWELT	GESUNDHEITS-POLITIK UND GESUNDHEITS-WESEN	GESUNDHEITS-PFLEGE	ERKRANKUNGEN UND HEILMETHODEN
Grundkurs Gesunde Ernährung	Verschiedene Entspannungs-verfahren	Gesundheits-bezogenes Bewegungstraining	Drogen	Selbsterfahrung	Klima und Wetter	Gesundheits-politik	Körperpflege Naturkosmetik	Erkrankungen
Grundkurs Kochen, Backen	Autogenes Training	Zielgruppen-Gymnastik (Ältere, Schwangere)	Nikotin	Verhalten	Kleidung, Wohnen	Gesundheits-versorgungssystem	Geburts-vorbereitung	Ärztliche untersuchungs-methoden
Vollwertkost	Yoga	Körpererfahrung	Alkohol	Soziales Lernen	Chemie im Alltag	Arzt und Patient	Säuglingspflege	Ärztliche Behandlungs-methoden
Schadstoffe in Lebensmitteln	Streu-bewätigung		Medikamenten	Lebenssituationen	Umwelt-belastungen	Gesundheitsberufe	Unfallverhütung Erste Hilfe	Homöopathie
Alternative Ernährungs-weisen	Atemschulung		Essen		Arbeit und Gesundheit		Häusliche Krankenpflege	Naturheilkunde
Diätformen	Massagen				Bio- und Gentechnik			Hausmittel Hausapotheke
Gewichts-reduzierung								Heilkräuter
Ernährung für Zielgruppen								Medizinische Einzelthemen

Abb. 4b: Übersichtsgrafik Inhaltsbereiche (PAS des DVV 1985, S. 9)

3.2.2 Neuere Veröffentlichungen

Im Jahr 2001 veröffentlichte der *Arbeitskreis Gesundheit der vhs-Landesverbände* ergänzend zum Rahmenplan von 1985 die Qualitätsbausteine für die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Der Arbeitskreis ist ein Beratungsgremium für die Entwicklung von Qualitätsempfehlungen, Implementation von Innovationen, Fortbildungsprogramme, gemeinsame Marketingstrategien und Initiierung von Kooperationsvereinbarungen. Mit den Qualitätsbausteinen werden Anforderungen in verschiedenen Bereichen der Qualitätssicherung in den Veranstaltungen beschrieben. Nach einer Selbstdarstellung und Beschreibung des Leitbildes werden u.a. Aussagen zur Ausstattung von Kursräumen, und zur Form der Ausschreibung von Veranstaltungen (Ankündigungstexte) getroffen. Den Schluss bildet ein Fragebogen, mit Hilfe dessen die Kursteilnehmenden zu Veranstaltungen der Gesundheitsbildung befragt werden können. Im Mittelpunkt steht jedoch die Qualifikation der Kursleitenden.

Auch mit den Qualitätsbausteinen wird wieder die Orientierung an den Zielen der WHO – konkret der Ottawa-Charta und deren Weiterentwicklung in ihren Nachfolgeprogrammen (siehe Kapitel 2.2.2) – und das multifaktorielle Verständnis von Gesundheit und Krankheit als prozesshaftes, zum Leben gehörendes Geschehen betont. Im Zentrum der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen stehen demnach die Verbesserung der Handlungschancen und Selbst- und Mitbestimmungsfähigkeiten von Menschen in gesundheitlichen Belangen. Daraus leiten die Autoren folgende zentrale Zielsetzungen ab:

Den Lernbedürfnissen von Institutionen und Personen zum Themenfeld Gesundheit soll unter besonderer Beachtung der jeweiligen sozialen, alters- und geschlechtsspezifischen sowie ethnischen Unterschiede in den Lernerfahrungen entsprochen werden. Lernen mit allen Sinnen soll ermöglicht, und mit biographischen Erfahrungen verknüpft werden (Lebensweisenkonzept). Die Stärkung des Vertrauens in die eigene Gesundheits- und Handlungskompetenz (Salutogenese) und das gleichzeitige Entgegensteuern individueller Schuldzuweisungen und jeglicher Bevormundung stehen dabei im Vordergrund (vgl. Arbeitskreis Gesundheit der vhs-Landesverbände 2003, S. 5ff.).

Um den Anforderungen, die sich aus diesem Selbstverständnis ergeben, innerhalb der Kursangebote genügen zu können, werden für die Kursleitenden neben fachlichen und erwachsenenpädagogischen auch Qualifikationsmerkmale entsprechend dem Verständnis von Gesundheitsbildung an Volkshochschulen empfohlen. Natürlich ist es den Kursleitenden oftmals nicht möglich, diese zusätzlichen Qualifikationen bereits im Rahmen ihrer häufig sehr unterschiedlichen Berufsausbildungen zu erwerben. Deshalb bemühen sich Volkshochschulen und ihre Landesverbände, eigene Fortbildungen anzubieten, „mit der Möglichkeit ein Zertifikat zu erwerben, das sich an bundesweiten Standards orientiert. Hier können die Kursleiterinnen ihre erwachsenenpädagogischen, didaktischen und sozialen Kompetenzen für die Gesundheitsbildung entwickeln, erweitern und vertiefen, ihre Rolle als Kursleiterin reflektieren und institutionelle Fragen klären“ (ebd., S.9).

Im Jahr 2014 erstellte die Fachkommission Gesundheit der Berliner Volkshochschulen ein Grundsatzpapier, in welchem Gesundheit als hoher persönlicher Wert, und zugleich

als Thema mit großer gesellschaftspolitischer Relevanz beschrieben wird. Gesundheitskompetenz zu ermöglichen sei nach Auffassung des DVV „eine öffentliche Aufgabe und gerade auch in der Erwachsenenbildung ein wichtiger Gesichtspunkt“ (FK Gesundheit der Berliner Volkshochschulen 2014) – die Volkshochschulen leisteten mit der Förderung präventiven Verhaltens einen volkswirtschaftlich bedeutsamen Beitrag: „Sie unterstützen den Aufbau und Erhalt von Ressourcen, die die Arbeitsfähigkeit und die Gesunderhaltung der immer älter werdenden Bevölkerung fördert“ (ebd.).

Die generellen Bildungsziele (also solche, die in *allen* Kursen zur Geltung kommen) der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen werden in Beziehung gesetzt zu Antonovskys generalisierten Widerstandsressourcen (siehe Kapitel 2.2.1). Die *Wissensvermittlung*, welche neben den spezifischen Kursinhalten z.B. über Hintergründe oder theoretische Grundlagen stattfindet, trägt der Fachkommission zufolge zum *Gefühl der Verstehbarkeit* bei. Die *Aneignung einer spezifischen, gesundheitsfördernden Technik und Methodik*, welche durch das Einüben und Ausprobieren nach Anleitung durch die Kursleitung erreicht wird, verstärkt das *Gefühl der Handhabbarkeit*. Die mittels Reflexionsphasen, Körperreisen, Selbst- und Fremdanalyse angestrebte *Erweiterung des Körperbewusstseins* leistet einen Beitrag sowohl zur *Verstehbarkeit* als auch zur *Handhabbarkeit*. Das letztendliche *Erleben positiver Veränderungen*, z.B. was die Dehnfähigkeit der Muskulatur oder die Entspannungsfähigkeit betrifft, wirkt sich besonders auf das *Gefühl der Sinnhaftigkeit* aus. Die Erreichung all dieser Bildungsziele können demnach insgesamt zur Verstärkung des SOC beitragen, und dementsprechend als wertvoller Beitrag zur individuellen Gesundheitsförderung angesehen werden (vgl. ebd.).

3.3 Wissenschaftliche Forschung im Bereich der Gesundheitsbildung

Das Thema Gesundheitsbildung wurde in der Erwachsenenbildungsforschung lange Zeit stiefmütterlich behandelt, weshalb vergleichsweise wenige größere wissenschaftliche Arbeiten darüber verfasst wurden. Fünf davon sollen im Folgenden im Überblick dargestellt werden, wobei jeweils ganz verschiedene Teilbereiche untersucht wurden.

1991 leistete Haug mit seiner Arbeit Gesundheitsbildung im Wandel einen ersten Beitrag zur „**Sensibilisierung** für praxisrelevante konzeptionelle Fragen und zur allgemeinen gesundheitspädagogischen **Bewußtseinsbildung**“ (Haug 1991, S. 11, *Hervorhebungen im Original*), und knüpfte damit an die Erfahrung an, dass die vielen verschiedenen Auffassungen über Gesundheit und Gesundheitsbildung sich entweder schwer voneinander unterscheiden ließen, oder aber sich gegenseitig widersprachen oder gar ausschlossen. Mit der Analyse verschiedener (sowohl europäischer als auch nordamerikanischer) historischer und aktueller Konzepte der Gesundheitsbildung, und der Hinterfragung verschiedener Alltags- und Wissenschaftsvorstellungen, sollte v. a. die enorme Bandbreite ge-

sundheitspädagogischen Handelns verdeutlicht, und letztendlich ein normatives Vorverständnis einer zeitgemäßen⁹ Konzeption von Gesundheitsbildung postuliert und expliziert werden.

Haug's Ansicht nach müsse Gesundheitsbildung sowohl als lebenslang möglicher und notwendiger Prozess, als auch ganzheitlich und gesellschaftskritisch betrachtet werden. Dabei dürfe sie weder Bindestrich-Wissenschaft, noch verlängerter Arm kurativer Medizin oder Handlangerin der Sozialwissenschaften, sondern „zum einen interdisziplinär, zum anderen anwendungs- und lebensorientiert, jedoch stets auf den mündigen, sich selbst bestimmenden, aktiven und selbstverantwortlichen Menschen ausgerichtet sein, dem sie durch Bereitstellung von Informationen, Materialien und Wahlmöglichkeiten die Chance bieten kann, für sich selbst die angemessensten Entscheidungen zu treffen“ (Haug 1991, S. 406). Gefahren der Fehlentwicklung der Gesundheitsbildung sah Haug in zweierlei Hinsicht – zum einen durch *platten Kommerz* und zum anderen in einem *naiven Gesundheitsfanatismus*. „Die „Gesundheitsbewegung“ ist eine „Suchbewegung“, die ihre endgültige Ausrichtung und Konturen noch nicht gefunden hat und deshalb von den verschiedenen Interessengruppen zu beeinflussen versucht wird“ (ebd., S. 410). Es sei deshalb wichtig, „sich weder von Modetrends abhängig zu machen, noch blind und unkritisch der Gesamtentwicklung zu folgen, sondern durch eine eigenständige und - wenn nötig auch unbequeme - Rolle die Entwicklungen im Sinne der dargestellten, zeitgemäßen Konzeption von Gesundheitsbildung mitzugestalten“ (ebd., S. 411).

Blättner untersuchte 1998 in ihrer Arbeit *Gesundheit läßt sich nicht lehren* das professionelle Handeln der Kursleitenden in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Fragen, die sich laut Blättner in diesem Zusammenhang stellten, seien z.B. „Woher weiß ein Kursleiter oder eine Kursleiterin, ob er oder sie professionell handelt? Kann eine Institution der Erwachsenenbildung diese Professionalität erkennen, und womit könnte sie diese unterstützen?“ (Blättner 1998, S. 10). Für die Begründung eines Verständnisses professionellen Handelns orientierte Blättner sich an drei Eckpunkten, nämlich an der Klarheit und Beschreibbarkeit von *Zielen* des eigenen professionellen Handelns im Kontext, einer professionellen *Haltung*, die das Erreichen dieser Ziele wahrscheinlicher mache (als eine Art Leitbild), und der *Reflexion* des eigenen Handelns. Gesundheitsbildung an Volkshochschulen hatte sich bis zu dieser Zeit, auch ohne das Vorhandensein fundierter theoretischer Erkenntnisse, kritisch-distanziert gegenüber medizinischen und naturwissenschaftlichen Verständnissen bereits zu einem der größten Themenbereiche entwickelt. „In der Vergangenheit kam die in Erfahrungswissen begründete Gesundheitsbildung ohne theoretische Bezugswissenschaften durchaus zurecht und konnte sich gerade deswegen einer Nähe zu sozialen Bewegungen und zu Lernbedürfnissen Erwachsener rühmen“ (ebd., S. 12). Blättner verfolgte mit ihrer Arbeit das Ziel, zu einer Professionalisierung des Nachdenkens über professionelles Handeln der Kursleitenden beizutragen, ohne eine Standardisierung zu versuchen. Dabei ging sie nicht em-

⁹ Den Begriff *zeitgemäß* verwendete Haug in diesem Zusammenhang doppeldeutig — zum einen *normativ*, also im Sinne der Erfüllung bestimmter Kriterien für eine angemessene Konzeption von Gesundheitsbildung, und zum anderen im Hinblick auf heute (= 1991) *Übliches* (vgl. Haug 1991, S. 271).

pirisch vor, sondern beschränkte sich auf die exemplarische Beobachtung von Erfahrungen aus der Praxis unter theoretischen Blickwinkeln. Daraus entstand letztendlich kein Lehrbuch über optimale Vorgehensweisen, sondern „die Dokumentation eines Lernprozesses über eine Möglichkeit professionellen Handelns“ (ebd., S. 17).

Blättners Ergebnisse lassen vermuten, dass eine *Haltung der Gelassenheit* sowohl von Seiten der Kursleitung als auch der Fachbereichs-, bzw. der Programmbereichsleitung als am hilfreichsten angesehen werden kann. Hierfür sei eine gelungene Kommunikation zwischen Planenden und Lehrenden eine Grundvoraussetzung. „Eine konstruktivistisch-systemische Sichtweise von Kommunikation kann so, dies ist die abschließende These, zur Professionalisierung der Gesundheitsbildung insgesamt beitragen“ (ebd., S. 268).

In seiner Dissertation *Die vergessene Dimension – Gesundheitsbildung an Volkshochschulen*, bot Grassmann 2003 einen Überblick über den Diskussionstand der Gesundheitsbildung im deutschsprachigen Raum. Er beschäftigt sich dabei schwerpunktmäßig mit den Begriffen und der Entwicklung der Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung und der Gesundheitswissenschaften, und setzt sich kritisch mit den bisherigen Erfahrungen in der Gesundheitsbildung auseinander, v.a. im Hinblick auf Angebote, Konzepte, Didaktik und Methoden.

Ausgehend von der Tatsache, dass die Gesundheitsbildung zunächst weder von den pädagogischen, noch von den entstehenden Gesundheitswissenschaften zur Kenntnis genommen wurde, stellt er die Thesen auf, dass die Wissenschaft nicht die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitsprävention liefere, und die Konzepte der Gesundheitsbildung und der Gesundheitsförderung außerdem beide dem Druck der Anpassung ausgesetzt seien.

Ebenso wie Haug wies auch er auf die Gefahren der Beeinflussung der Gesundheitsbildung v.a. von Seiten der zu dieser Zeit bereits boomenden Fitness-, Wellness- und Freizeitindustrie hin, die versuchten, durch „lustbetonte und attraktive Lernerfahrungen die Frage nach Qualität und Effizienz zu kaschieren“ (Grassmann 2003, S. 364). Aber auch eine einseitige Professionalisierung der Gesundheitsbildung, und in der Folge eine *medizinischen Überformung*, könnten zu einer lediglich auf das Individuum, bzw. auf körperliche Fitness reduzierten Gesundheitsbildung führen, deren übrige Aspekte aus Komplexitätsgründen außer Acht gelassen würden (vgl. ebd., S. 365).

In ihrer Arbeit *Gefühltes Wissen als emotional-körperbezogene Ressource* beschäftigte sich Dietel 2012 mit der Frage, wie emotionales Lernen und eine entsprechende Reflexionskompetenz angeregt und unterstützt werden könnten. Ausgangspunkt für diese Überlegungen war die für alle Individuen aufgrund gesellschaftlicher und arbeitsstruktureller Veränderungen immer wichtiger werdende Anforderung, als Voraussetzung für Entwicklungs- und Entscheidungsfähigkeit über einen stabilen Emotionshaushalt zu verfügen (vgl. Dietel 2012, S. 15ff.). Das Anwendungsfeld der Arbeit ist die emotional-körperorientierte Gesundheitsbildung in der Erwachsenenbildung, wo Dietel auf einer theoretisch-empirischen Basis emotional- und körperbezogene Bildungsformen analysierte, und damit Aufschluss über die vielfältigen Wirkungen der Teilnahme und deren positiven Einfluss auf Beschäftigungsfähigkeit (Employability) und Gesundheit gab.

Auf der allgemeinen Ebene verdeutlichen Dietels Ergebnisse, dass „Wirkungsinterpretationen im Zusammenhang mit der eigenen Biographie, aber gleichzeitig auch gesellschaftlicher Einbettung vorliegen. [...] Emotions- und Körperarbeit stellen den Zugang zur und Ressourcen für Gesundheit und Wohlbefinden dar, die wiederum Ressourcen für aktive Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen darstellen“ (ebd., S. 343).

Schließlich soll noch die Untersuchung von Kliche et al. von 2009 erwähnt werden. Um die Fragen „Welche Gesundheitseffekte haben Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung? Wie kann ihre Wirksamkeit überprüft werden?“ (Kliche et al. 2009, S. 1, Vorwort) zu beantworten, förderte der Verband der Ersatzkassen (vdek) die Entwicklung und konkrete Erprobung eines Routine-Evaluationsverfahrens in Entspannungs- und Stressbewältigungskursen der Volkshochschulen. Das flächendeckende, niederschwellige Angebot der Volkshochschulen in der Prävention und Gesundheitsförderung machte es möglich, repräsentative Aussagen über erzielte Gesundheitseffekte zu treffen, zahlreiche konkrete Maßnahmen zu evaluieren, und Teilnehmende in einer Längsschnittuntersuchung zu befragen, um die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren, und die Stabilität von Gesundheitsgewinnen und Verhaltensänderungen auch *nach* Kursende beschreiben zu können (vgl. Kliche et al. 2009, S. 8). Es konnte festgestellt werden, dass die Teilnehmenden nicht nur mit der Veranstaltungsqualität sehr zufrieden waren, und ihre persönlichen Kursziele in hohem Maße erreichen konnten, sondern dass die erlernten Verfahren auch von etwa 40% der Teilnehmenden in den Alltag übernommen werden konnten. Aber auch diejenigen, die nicht weiter übten, gaben an, der Kurs habe ihnen zumindest ein Bild über das Verfahren verschafft, so dass sie sich gezielter nach für sie passenderen Methoden umsehen konnten. Auch drei Monate nach Beendigung des Kurses blieben die Wirkungen weiterhin stabil. Persönliche Merkmale wirkten sich nicht auf den Kurserfolg und die Kurswirksamkeit aus, insbesondere soziodemographische Merkmale blieben praktisch ohne statistische Bedeutung. Im Fazit der Untersuchung werden Stressbewältigungsangebote der Volkshochschulen als potentiell wichtiger Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung versorgungsbedürftiger Teilgruppen bezeichnet (vgl. Kliche et al. 2010; Kliche et al. 2009, S. 179f.). Diese Ergebnisse werden von vielen Volkshochschulen in ihren Internetportalen mit der Überschrift Studie belegt: VHS macht gesünder! als Werbung für ihr Gesundheitsangebot genutzt.

Bis zum heutigen Tag ist die Anzahl der Studien, die sich explizit mit dem Bereich Gesundheitsbildung in der Erwachsenenbildung beschäftigen, weiterhin überschaubar. Von den Autoren der bisherigen Veröffentlichungen wird die fehlende Auseinandersetzung mit diesem zentralen Themenbereich vielfach kritisiert. Ebenfalls allen Arbeiten gemeinsam ist der Versuch der Annäherung an den Gesundheitsbegriff und die Betonung der Wichtigkeit des Bereichs für die Erwachsenenbildung.

3.4 Exkurs – Gesundheitsbildung und Wellness

Das Thema Gesundheit ist nicht nur im Bildungsbereich ein rasant wachsender Bereich – auch in den Medien – TV, Zeitschriften, Internet, usw. – findet sich eine schier unüber-

schaubare Vielzahl an Angeboten und Informationen unterschiedlichster Güte. Gesundheit liegt voll im Trend. Häufig wird in diesem Zusammenhang von Lifestyle oder Wellness gesprochen. Die Überschriften lauten etwa: „70 ist das bessere 20: Darum sollten Sie sich auf das Älterwerden freuen“, „Gesund alt werden: Eigentlich ganz einfach: 12 Tricks für ein langes Leben“, „Serie Anti-Aging, Folge fünf: Was hält wirklich jung? Die Lösung ist einfach - aber unbefriedigend“, pdf-Ratgeber „Schlank ohne Hungern“ (vgl. focus.de). Während Lifestyle und Wellness v. a. bei jüngeren Generationen eng mit Gesundheit, körperlicher Fitness, Jugend, Erfolg und Attraktivität verbunden werden, reichen die Wurzeln des Begriffs Wellness bis ins 17. Jahrhundert zurück, wo er laut dem Oxford English Dictionary so viel wie *Zustand des Wohlbefindens oder der guten Gesundheit* bedeutete (vgl. Heise 2015, S. 355). Die sogenannte *Wellness-Bewegung* begann in den USA jedoch erst in den 1950ern – Auslöser waren die unaufhaltsam wachsenden Krankheitskosten. Bereits zu dieser Zeit wurde der Aspekt der Selbstverantwortung für die individuelle Gesundheit betont. In Deutschland kamen die Begrifflichkeit und die ersten Wellness-Angebote erst Ende der 1980er Jahre auf. Allerdings denkt man in Deutschland eher an Massagen und Sauna, wenn es um Wellness geht. Die gesundheitlichen Bildungsaspekte, die einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Selbstbestimmung und Prävention leisten könnten, spielen im Gegensatz zu den USA eine eher untergeordnete Rolle – vorherrschend ist bis heute eine auf passiven Genuss von Wellnessanwendungen zielende Haltung, die das Element der Selbstverantwortung weitgehend ausklammert (vgl. ebd., S. 355ff.).

Im wissenschaftlichen Kontext der Gesundheitspsychologie ist der Wellnessbegriff trotzdem interessant, weil darunter Wünsche und Ziele, denen viele Menschen nachstreben, zusammengefasst werden können: nicht zu altern und sich wohlfühlen. Scheftschick schlägt eine Betrachtung des Wellnessansatzes als sinnvolle Ergänzung zu gängigen Behandlungsweisen innerhalb des Gesundheitssystems vor. Er beschreibt Wellness als „einen speziellen Zustand von hohem menschlichen Wohlbefinden, welcher den Menschen bestehend aus Körper, Seele und Geist sowie in Abhängigkeit von seiner Umwelt versteht. Wellness ist ein aktives und selbstverantwortliches Bemühen mit dem Ziel, ein inneres Gleichgewicht zu finden, sowie einen Zustand von Wohlbefinden und guter Gesundheit herzustellen“ (Scheftschick 2005, S. 118).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Gesundheitsbildung und Wellness (im gesundheitspsychologischen Sinne) sehr wohl zusammengehen, ja, eigentlich zusammengehen sollten. Um dem Wunsch nach einem möglichst bis ins hohe Alter von körperlichen und geistigen Beschwerden uneingeschränkten Leben näher zu kommen, sind jedoch Konzepte notwendig, die das *aktive und selbstverantwortliche Gesundheitsverhalten* anstelle einer rein passiven Konsumentenhaltung der Teilnehmenden in den Vordergrund stellen (vgl. Lippke & Renneberg 2006, S. 10). Kurse im Gesundheitsbereich der Volkshochschulen können hierfür einen wichtigen Beitrag leisten.

Es kann festgehalten werden, dass in den letzten Jahrzehnten ein Wandel weg von der Fremd-, hin zur Selbstbestimmung in der Gesundheitspädagogik stattgefunden hat. Statt eines Autoritätsgefälles und festgelegter Lehrziele im Sinne von *Ich weiß am besten, was gut für Dich ist*, werden die Menschen heute als Experten ihrer selbst behandelt, und

sollen sich – je nach eigener Problem- oder Motivationslage – ihre Lernziele selbst setzen. Neben dem Erwerb neuer Kenntnisse steht in Veranstaltungen der Gesundheitsbildung auch der Austausch mit anderen, und das Ausprobieren neuer Handlungsmöglichkeiten im Vordergrund (siehe Lernformen nach Schefftschick im Kapitel 3.1.2).

Haug führt zudem an, dass die Betrachtung der Gesundheit als *Zustand*, oder nicht durch eigenes Handeln beeinflussbares Schicksal, die Menschen statt zur aktiven Vorbeugung zum passiven sich-reparieren-lassen bei bereits auftretender Gesundheitsschädigung tendieren ließe. Auch sei ein eher statischer Gesundheitsbegriff (dichotome Sichtweise, mit Krankheit als Gegenpol) für pädagogisches Handeln denkbar ungünstig, da so der Eindruck vermittelt würde, Gesundheit sei „wie ein Konsumartikel beliebig manipulierbar, herstellbar und reparierbar“ (Haug 1991, S. 50).

In diesem Zusammenhang wäre es auch interessant, sich neben den wissenschaftlichen Konzepten auch näher mit subjektiven Vorstellungen – sogenannten Laienkonzepten – von Gesundheit zu befassen. Diese geben z.B. Aufschluss darüber, inwieweit Krankheitsprävention/Gesundheitsförderung prinzipiell für möglich gehalten werden, und ob jemand für von Experten vorgeschlagene Präventionsmaßnahmen aufgeschlossen ist oder nicht (vgl. Waller 2006, S. 13f.).

Im folgenden Kapitel wird der Bereich Gesundheitsbildung an Volkshochschulen genauer vorgestellt, und dessen Entwicklung der letzten Jahrzehnte anhand von Zahlen aus der Volkshochschulstatistik verdeutlicht.

B Beschreibung des Forschungsfeldes und methodische Konzeption

4. Die Volkshochschulen und der Bereich Gesundheit(sbildung)

Volkshochschulen haben in Deutschland eine lange Tradition, und sind die wohl bekanntesten Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Als kommunale Einrichtungen handeln sie in öffentlichem Auftrag, und bieten flächendeckend ein breites Spektrum an Weiterbildungsangeboten, mit dem sie (fast) jedem Bildungsbedürfnis entsprechen können. Im Jahr 1917 gab es bereits 18 Volkshochschulen, knapp 100 Jahre später sind es über 900. Der Bildungsauftrag aller deutschen Volkshochschulen leitet sich aus „den Prinzipien der Aufklärung und den universalen Menschenrechten ab. Sie stehen für das Recht auf Bildung, die Möglichkeit, lebenslang lernen zu können, und für Chancengerechtigkeit, kurz: für die Umsetzung des humanistischen Gedankenguts heute und in der Zukunft“ (dvv: Volkshochschulen). Die sich bereits früh abzeichnende Ambivalenz der Zielvorstellungen – einerseits Qualifizierung, andererseits Emanzipation – findet sich bis heute in ihrem Bildungsverständnis wieder (vgl. Hufer 2015).

Der Themenbereich Gesundheitsbildung ist keineswegs erst mit dem aufkommenden Gesundheitsboom der 1980er entstanden, er hat sowohl in der Erwachsenenbildung im Allgemeinen, als auch an Volkshochschulen im Speziellen, bereits eine lange Tradition. In den 1920er und -30er Jahren lag der Fokus noch nicht so sehr auf der Gesundheitsförderung, es wurden vielmehr politische und erzieherische, psychosoziale Absichten

verfolgt, deren Ideen aus sozialen Bewegungen wie der Arbeiter-, Jugend-, und Frauenbewegung kamen. Es dominierten körperorientierte Verfahren wie Gymnastik und Tanz (vgl. Blättner 1998, S. 21f.). Die Entwicklung neuer Formen körperlicher, emotionaler und sozialer Bewegung geschah auf der Grundlage der Selbstbestimmung – in diesem Zuge wurde Gesundheitsbildung zum Ausdruck sozialen und freiheitlichen Denkens (vgl. ebd., S. 22).

In der Zeit des Nationalsozialismus durchlief die Erwachsenenbildung eine Phase der Fremdbestimmung und Instrumentalisierung; das Themenfeld *gesundes Volk* bildete eines von acht Hauptarbeitsgebieten. Aus der Zeit der Neuorientierung und -strukturierung in den Jahren danach ist nichts Konkretes über die Bedeutung der Gesundheitsbildung bekannt. In der Phase des Wirtschaftswunders in den 1950er und -60er Jahren war es vornehmlich Aufgabe der Frauen, sich um Wohlergehen und Gesundheit der Familien zu kümmern (vgl. ebd., S. 24). Hier könnte eine Ursache dafür liegen, dass Frauen bis heute den Löwenanteil der Teilnehmendenschaft der gesundheitsbezogenen Angebote der Volkshochschulen ausmachen (laut Volkshochschul-Statistik für das Arbeitsjahr 2015: 85,7% – siehe Huntemann und Reichart 2016, S. 70). In den 1970er Jahren wurde Gesundheitsbildung als unpolitisch betrachtet; zu dieser Zeit trat sie vor allem in Form von durch Ärzte gehaltenen Vorträgen über Gesundheitserziehung und -aufklärung in Erscheinung, auch einige Angebote zum Autogenen Training und Yoga fanden sich in den Programmen (vgl. Blättner 1998, S. 24f.). Heute orientieren sich die Volkshochschulen in ihren Veranstaltungen am Gesundheitsverständnis der WHO und Antonovskys, wo eine multifaktorielle, prozesshafte Entstehung von Gesundheit beschrieben wird. Die Salutogenese nach Antonovsky wird gleichsam als richtungsweisende pädagogisch-didaktische Grundlage verstanden (vgl. DVV 2008, S. 3). Das nächste Teilkapitel gibt Auskunft über die Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen der vergangenen Jahrzehnte.

4.1 Der Bereich Gesundheitsbildung unter statistischen Gesichtspunkten

Einen Überblick über das Gesamtangebot der Volkshochschulen bietet die seit 1964 jährlich erscheinende Volkshochschul-Statistik (bis zum Arbeitsjahr 1992: Statistische Mitteilungen des DVV). Die Veranstaltungen waren anfangs in fünfzehn, ab 1971 in elf Stoffgebiete unterteilt. Im Jahr 1998 gab es einen statistischen Bruch, als eine Verdichtung zu sechs einheitlich benannten Programmbereichen vorgenommen wurde¹⁰ (vgl. Pehl 2012, S. 27f.). Diese sind: Politik – Gesellschaft – Umwelt, Kultur – Gestalten, Gesundheit, Sprachen (inklusive Deutsch als Fremd-/Zweitsprache), Arbeit – Beruf und Grundbildung – Schulabschlüsse. Diese geringere Anzahl von Bereichen machte eine nachvollziehbare Profilbildung möglich, welche gegen zeitliche Änderungen robust ist (vgl. ebd., S. 28f.).

	Kurse		UE	
	BRD	Berlin	BRD	Berlin
1. Gesellschaft und Politik	9.046 (2,8%)	368 (2,8%)	215.140 (2,1%)	8.125 (1,7%)
2. Erziehung/Philosophie/ Psychologie	13.163 (4%)	563 (4,3%)	334.765 (3,3%)	11.924 (2,6%)
3. Kunst	6.959 (2,1%)	225 (1,7%)	140.777 (1,4%)	4.512 (1%)
4. Länder- und Heimatkunde	2.162 (0,7%)	28 (0,2%)	28.238 (0,3%)	368 (0,1%)
5. Mathematik/Natur- wissenschaften/Technik	17.224 (5,3%)	765 (5,9%)	578.196 (5,6%)	21.490 (4,6%)
6. Verwaltung und kaufmännische Praxis	23.017 (7%)	826 (6,3%)	1.010.069 (9,9%)	24.707 (5,3%)
7. Sprachen	98.726 (30,2%)	5.686 (43,6%)	3.164.434 (30,9%)	157.610 (33,7%)
8. Manuelles und musisches Arbeiten	73.847 (22,6%)	2.138 (16,4%)	1.695.124 (16,5%)	49.785 (10,7%)
9. Haushaltsführung	29.710 (9,1%)	589 (4,5%)	731.529 (7,1%)	12.921 (2,8%)
10. Gesundheitspflege	46.185 (14,1%)	1.456 (11,2%)	877.145 (8,6%)	27.775 (5,9%)
11. Vorbereitung auf Schulabschlüsse	3.234 (1%)	134 (1%)	1.041.791 (10,2%)	80.205 (17,2%)
12. Sonstiges	3.894 (1,2%)	251 (1,9%)	431.924 (4,2%)	67.761 (14,5%)
Gesamt	327.167	13.029	10.249.132	467.183

Tabelle 1: Kurse und UE nach Stoffgebieten 1984 (Deutschland/Berlin gesamt) mit prozentualem Anteil am Gesamtangebot (Zahlen aus: Statistische Mitteilungen des DVV Arbeitsjahr 1984, S. 13)

¹⁰ Siehe [Anhang 1](#): Übersicht über die Entwicklung der Stoffgebiete zu Programmbereichen von 1962 bis 2013

Die Tabellen 1 und 2 zeigen die Verteilung der Kursangebote und Unterrichtsstunden nach Stoffgebieten, bzw. Programmbereichen für die Arbeitsjahre 1984 und 2015.

	Kurse		UE	
	Bundesrepublik	Berlin	Bundesrepublik	Berlin
1. Politik - Gesellschaft - Umwelt	38.826 (6,6%)	783 (4%)	644.255 (3,9%)	13874 (1,9%)
2. Kultur - Gestalten	91.941 (15,5%)	3.131 (16,2%)	1.599.332 (9,7%)	76.332 (10,5%)
3. Gesundheit	198.628 (33,6%)	4.013 (20,7%)	2.939.395 (17,8%)	66.879 (9,2%)
4. Sprachen	189.632 (32,1%)	9.008 (46,6%)	8.144.618 (49,4%)	499.113 (68,6%)
5. Arbeit - Beruf	55.768 (9,4%)	2.114 (10,9%)	1.540.023 (9,3%)	58.754 (8,1%)
6. Grundbildung - Schulabschlüsse	16.808 (2,8%)	294 (1,5%)	1.609.224 (9,8%)	12.795 (1,8%)
Gesamt	591.603	19.343	16.476.847	727.747

Tabelle 2: Kurse und UE nach Programmbereichen 2015 (Deutschland/Berlin gesamt) mit prozentualen Anteil am Gesamtangebot (Zahlen aus VHS-Statistik, Arbeitsjahr 2015, S. 28 f. Eigene Darstellung)

Gesundheitsbildung ist ein „Querschnittsfachbereich, der sich oft nur schwer von anderen Fachbereichen abgrenzen lässt“ (Siebert 1990, S. 58). Vor der Verdichtung zu Programmbereichen fanden sich gesundheitsbezogene Themen, z.B. in Bezug auf gesunde Ernährung, vor allem auch im Stoffgebiet 9 – Haushaltsführung (in Tabelle 1 grau unterlegt). Zusammen mit dem Gesundheitsbereich konnten hier bereits seit den 1970er Jahren überdurchschnittliche Zuwachsraten verzeichnet werden. Die Zunahme in diesen Bereichen war, auch bezogen auf das Gesamtangebot, größer als in anderen Fachbereichen

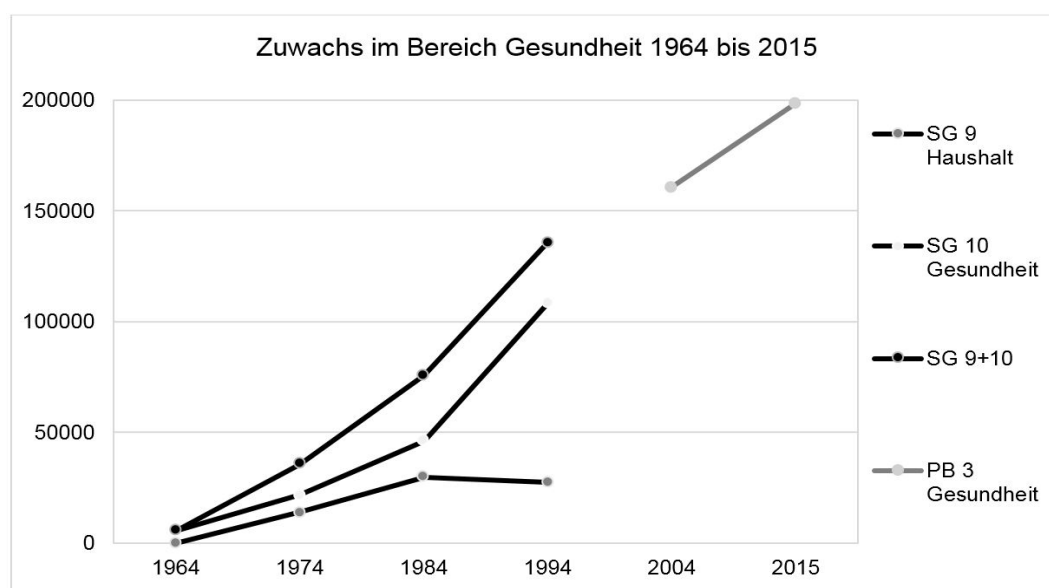


Abb. 5: Zuwachs im Bereich Gesundheit von 1984 bis 2015 (Anzahl Kurse) (Quelle: Siebert 1990; Statistische Mitteilungen des DVV, Arbeitsjahr 1984 ff.)

(vgl. ebd., S. 59). Abb. 5 veranschaulicht das kontinuierliche Wachstum von 1964 bis 2015.

In der Volkshochschul-Statistik sind nur sehr wenige Informationen über die Teilnehmenden erfasst, lediglich über deren Geschlechter- und Altersverteilung lassen sich Angaben machen. In den Tabellen 3 und 4 ist die Entwicklung dieser beiden Merkmale seit 1984 bis 2015 dargestellt.

Bei der Betrachtung der Tabelle 3 wird klar, dass die Frauen damals wie heute nicht nur im Bereich der Gesundheitsbildung, sondern in allen Kursen der Volkshochschule in der deutlichen Mehrheit sind – die Tendenz scheint eher zu einem noch höheren Frauenanteil zu gehen. Im Berliner Vergleich ist der Anteil der Teilnehmerinnen sowohl für das Stoffgebiet, bzw. den Programmbereich Gesundheit, als auch insgesamt von 1984 bis 2015 um ca. 6,5% gestiegen.

1984		Berlin	BRD	2015		Berlin	BRD
SG 10 – Gesundheitspflege	♀	78,2%	80,8%	Gesundheit	♀	84,7%	85,7%
	♂	21,8%	19,2%		♂	15,3%	14,3%
Insgesamt (alle SG)	♀	65,6%	71,8%	Insgesamt (alle PB)	♀	72,3%	74%
	♂	34,4%	28,2%		♂	27,7%	26%
SG9 – Haushaltsführung	♀	85,4%	90,7%				
	♂	14,8%	9,3%				

Tabelle 3: Geschlechterverteilung in den Kursen der Gesundheitsbildung 1984 und 2015

(Quelle: Statistische Mitteilungen des DVV, Arbeitsjahr 1984; VHS-Statistik, Arbeitsjahr 2015)

Tabelle 4 gibt interessante Aufschlüsse über die Veränderung der Altersstruktur über die Zeit.

1984 machten die Gruppen der unter 18jährigen und der 18-24jährigen zusammen fast ein Viertel der Gesamt-Teilnehmendenschaft des Stoffgebiets 10 – Gesundheitspflege aus! Im Jahr 2015 spielen diese beiden Altersgruppen mit weit unter 10% nur noch eine untergeordnete Rolle. Eine umgekehrte Entwicklung ist bei den ab 50jährigen zu beobachten. 1984 waren diese Gruppen noch im niedrigen zweistelligen Prozentbereich angesiedelt, 2015 machen sie zusammen (in Berlin) mehr als die Hälfte der Teilnehmenden aus!

Es wäre also durchaus interessant, die Angebote der Volkshochschulen unter genauerer Betrachtung der angesprochenen Zielgruppen zu untersuchen. Die Betrachtung der Kurse mit Zielgruppenansprache in der o.g. Hausarbeit ergab z.B., dass 1994 noch zu fast 80% Frauen direkt angesprochen wurden – 2015 sank dieser Anteil auf unter 20%. Eine Begründung dafür wurde in der sowieso bereits sehr hohen Beteiligung der Frauen an Gesundheitsangeboten der Volkshochschulen gesehen (im Bezirk Tiergarten gab es

sogar ein *Frauenvormittagsprogramm*). Männer waren unterdies weder 1994 noch 2015 unter den Zielgruppen der Volkshochschule Mitte zu finden. Im Jahr 2015 werden am häufigsten ältere Menschen im Kurstitel angesprochen, während sie 1994 noch völlig außer Acht gelassen wurden.

		BERLIN		BRD	
		SG9*	SG10	SG9	SG10
Unter 18	1984	10,2%	8,7%	7,2%	10,6%
	2015	0,9%		3,8%	
18-24	1984	17,4%	15,0%	20,8%	17,8%
	2015	2,6%		3,3%	
25-34	1984	24,5%	25,3%	33,4%	27,9%
	2015	13,8%		13,0%	
35-49	1984	35,3%	35,0%	27,9%	27,4%
	2015	28,1%		29,9%	
50-64	1984	9,6%	12,2%	8,9%	11,9%
	2015	33,7%		32,6%	
Über 64	1984	3,1%	3,8%	1,9%	4,3%
	2015	21,0%		17,4%	

Tabelle 4: Altersverteilung in den Kursen der Gesundheitsbildung 1984 und 2015

(Quelle: Statistische Mitteilungen des DVV, Arbeitsjahr 1984; VHS-Statistik, Arbeitsjahr 2015)

4.2 Die Volkshochschule Berlin Mitte – im Berliner Vergleich

Bis zum Jahr 2000 gab es in Berlin 23 Volkshochschulen, eine pro Bezirk. Mit der Gebietsreform Anfang 2001 wurden die Berliner Bezirke unter Beibehaltung der bisherigen Grenzen zu größeren Verwaltungseinheiten zusammengefasst, und damit reduzierte sich auch die Anzahl der Volkshochschulen von 23 auf 12. Sie sind nach dem Berliner Schulgesetz (§ 123) Einrichtungen der Bezirke und werden von diesen in Eigenverantwortung geführt und ausgestattet. Die Anzahl der Buchungen befindet sich seit einigen Jahren im

Aufwärtstrend. 2016 wurden 20.000 Kurse mit mehr als 800.000 UE angeboten; dies entsprach 237.497 Buchungen (vgl. Berlin.de: Die Berliner Volkshochschulen).

Der Bezirk Mitte liegt mit einer Fläche von 39,47 km² vor Friedrichshain-Kreuzberg (20,16 km²) auf dem vorletzten Platz der Berliner Bezirke – und gleichzeitig mit einer Bevölkerungsdichte von 9.327 Einwohnern pro km² auf dem zweiten Platz nach Friedrichshain-Kreuzberg (13.942 Einwohner pro km²). Die heutige VHS Mitte besteht aus den ehemaligen Einzel-Volkshochschulen Mitte, Tiergarten und Wedding¹¹.

Die VHS Berlin-Mitte nimmt mit der Anzahl der Kurse und UE im Berliner Vergleich den ersten Platz ein (siehe Abb. 6a). Der PB 3 – Gesundheit stellt in Mitte allerdings sowohl bei der Anzahl der Kurse als auch bei der Anzahl der UE den kleinsten prozentualen Anteil am Gesamtprogramm¹² im Berliner Vergleich dar (siehe Abb. 6b).

	Abk.:	Kurse	UE
Charlottenbg.-Wilmerdorf	CW	1.528	58.976
Friedrichshain-Kreuzberg	FK	1.442	60.431
Lichtenberg	Li	955	30.479
Marzahn-Hellersdorf	MH	1.004	31.370
Mitte	Mi	2.699	132.621
Neukölln	Nk	1.834	105.460
Pankow	Pa	1.895	51.870
Reinickendorf	Re	1.469	50.421
Spandau	Sp	1.057	37.606
Steglitz-Zehlendorf	SZ	2.048	65.441
Tempelhof-Schöneberg	TS	1.941	63.409
Treptow-Köpenick	TK	1.471	39.663
BERLIN		19.343	727.747

Abb. 6a: Kurse und UE der Berliner VHSn (Berliner VHS-Statistik, Arbeitsjahr 2015, S. 4)

Trotz dieser Tatsache ist es interessant, sich den Gesundheitsbereich dieses vielfältigen Bezirks anzuschauen. Der Wedding als traditionelles Arbeiterviertel mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund steht im Kontrast zum Regierungsviertel Tiergarten mit dem Potsdamer Platz und dem Kulturforum, und Mitte, dem Zentrum für Kunst, Kultur, Forschung, Medien und Politik (vgl. Berlin.de: Bezirksamt Mitte).

¹¹ In der vorliegenden Untersuchung konnten für das Jahr 1984 allerdings nur Wedding und Tiergarten berücksichtigt werden, da für Mitte vor 1990 als Volkshochschule der ehemaligen DDR kein (vergleichbares) Programm existiert.

¹² Betrachtet man jedoch die *reine Anzahl* der Kurse, so belegt Mitte den 5. Platz (bei den UE den 6.), und befindet sich damit also im Mittelfeld!

	Kurse	Ant. am Ges.-Prog.	UE	Ant. am Ges.-Prog.
Charlottenbg.-Wilmerdorf	258	17%	3.989	7%
Friedrichshain-Kreuzberg	187	13%	3.254	5%
Lichtenberg	186	19%	3.797	12%
Marzahn-Hellersdorf	275	27%	4.172	13%
Mitte	364	13%	5.808	4%
Neukölln	320	17%	7.318	7%
Pankow	604	32%	9.059	17%
Reinickendorf	421	29%	7.018	14%
Spandau	207	20%	3.287	9%
Steglitz-Zehlendorf	457	22%	6.952	11%
Tempelhof-Schöneberg	327	17%	5.803	9%
Treptow-Köpenick	407	28%	6.422	16%
BERLIN	4.013	21%	66.879	9%

Abb. 6b: Kurse und UE der Berliner VHSn im PB3 – Gesundheit (Berliner VHS-Statistik Arbeitsjahr 2015, S. 6)

Der Gesundheitsbereich ist zudem, laut dem Rahmenplan Gesundheitsbildung erwähnt, bereichsübergreifend angelegt (siehe Kapitel 3.2.1). Das bedeutet, dass einige Angebote, die in der einen VHS in den Gesundheitsbereich fallen, in einer anderen vielleicht in einem anderen Programmbereich auftauchen (Beispiel Selbstverteidigung – in der VHS Pankow sind aktuell Selbstverteidigungskurse im Gesundheitsbereich zu finden, während sie in Mitte dem PB 1 – Politik – Gesellschaft – Landeskunde – Umwelt zugeordnet sind). Es wird innerhalb der 12 Volkshochschulen außerdem darauf geachtet, ein Überangebot in benachbarten Bezirken zu vermeiden. Neben diesen Faktoren führt natürlich auch ein oftmals sehr unterschiedliches Teilnahmeverhalten der Bevölkerung der einzelnen Regionen und natürlich auch die persönliche Note der jeweiligen Programm-bereichsleitung zu einem individuellen, bezirksspezifischen Programm.

5. Methodische Konzeption

Das folgende Kapitel dient dazu, die gewählte Forschungsmethode in der notwendigen Kürze vorzustellen, und das Vorgehen bei der vorliegenden Untersuchung zu erläutern.

5.1 Die Programmanalyse als erwachsenenpädagogisches Forschungsinstrument

Einrichtungen der Weiterbildung veröffentlichen ihre Angebote ein- oder mehrmals im Jahr in Form von Programmen, es gibt keine festgelegten Curricula und Rahmenlehrpläne wie im Schul- und Hochschulbereich. Je nach Einrichtung erscheinen diese Programme in verschiedenen Formen und Umfängen erscheinen – gedruckt als Broschüren,

Flyer, Hefte, oder auch digital auf der Homepage des Anbieters. Nolda beschreibt Weiterbildungsprogramme als Texte, „die das aktuelle Veranstaltungsangebot einer öffentlich geförderten Einrichtung, eines kommerziellen Anbieters oder eines Betriebs enthalten“ (Nolda 2003, S. 212), und als „kurzfristige Gebrauchstexte, die schon bald nach ihrem Erscheinen nicht mehr ihren eigentlichen Zweck erfüllen“ (ebd.). Programme als Ergebnis kontinuierlicher Planungsprozesse sind der „Endpunkt einer Vielzahl von Entscheidungen“ (ebd.), und letztendlich das Produkt eines *Angleichungshandelns* (vgl. Gieseke 2003). Für die Weiterbildungsforschung bieten sie seit über 50 Jahren im Rahmen von Programmanalysen Erkenntnisse über das Angebot einzelner oder mehrerer Anbieter u.a. bezüglich bestimmter Fachgebiete, Zielgruppen, Regionen und Institutionen (vgl. Käßplinger 2008). In den 1960er Jahren wurden so vornehmlich Programme (damals: Arbeitspläne) von Volkshochschulen durch die PAS des DVV untersucht, in den 1990ern wurden auch andere Institutionen in den Blick genommen (vgl. von Hippel 2011).

Als einen Vorteil der Programmanalyse nennt Nolda, dass es sich bei den Programmen um nonreaktive, natürliche Daten handelt, die „nicht eigens von Forschern erhoben oder durch Interventionen verzerrt wurden“ (Nolda 2011, S. 294). Da es sich bei Programmen jedoch zunächst einmal um in der Zukunft einzulösende *Leistungsversprechen* handelt, die nicht mit der Realität der tatsächlichen durchgeführten Veranstaltungen identisch sein müssen, lautet eine häufig geäußerte Kritik, dass Programme, und somit auch Programmanalysen, nichts über die Teilnehmendenstruktur und die Veranstaltungsrealität aussagen. Dies entkräften Gieseke und Opelt mit dem Einwand, dass dies nicht den Kern eines Forschungsinteresses an der Programmentwicklung träfe. Das Programm sei vielmehr „Ausdruck eines pädagogischen Handlungskonzeptes, in das sowohl konzeptionelle Überlegungen als auch nachfrageorientierte Vorstellungen“ (Gieseke und Opelt 2003, S. 45) eingingen, insofern gäben Programme immer die gesellschaftliche Realität einer bestimmten Zeit wieder.

Programmanalysen können quantitativ, qualitativ oder methodenkombinierend angelegt sein, als Voll-, Teil- oder exemplarische Erhebung durchgeführt werden, und je nach Forschungsinteresse im Querschnitt eine Momentaufnahme, oder im Längsschnitt eine Entwicklung über die Zeit abbilden (vgl. Nolda 2003, 2011; Käßplinger 2008). Die Möglichkeiten von Programmanalysen erstrecken sich von der Nutzung als zukünftige Planungshilfe, Basis für didaktische Überlegungen, die Erfassung des Weiterbildungsangebots einer bestimmten Region, oder die Rekonstruktion des in Bildungsangeboten enthaltenen Bildungsverständnisses (vgl. Nolda 2015, S. 3). Den methodischen Kern bildet die Entwicklung eines Kategoriensystems, welches i. d. R. aus Ober- und Unterkategorien besteht, und „entsprechend der Fragestellungen, des Gegenstandes, theoretischer Grundlagen und auf Basis anderer Codesysteme“ (Robak 2012, S. 1) erfolgt. Hierbei werden die Kategorien meist zuerst deduktiv auf Basis bereits vorhandener empirischer Ergebnisse entwickelt, und später induktiv am Material weiterentwickelt, bzw. modifiziert (vgl. Nolda 2011).

5.2 Eigenes Forschungsdesign

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurde eine exemplarische Programmanalyse im Längsschnitt durchgeführt, d. h. es wurden Programme nur *einer* VHS zu zwei Zeitpunkten untersucht. Es flossen sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte, und auch statistische Daten ein. Im Folgenden werden die wichtigsten Schritte des Forschungsdesigns geschildert.

5.2.1 Auswahl der Institution und des Zeitrahmens

Die Wahl fiel auf die heutige VHS Mitte in Berlin, da sie zu den größten Volkshochschulen Berlins zählt, und intern auch als eine *Vorzeige-Volkshochschule* bezeichnet wird. Obwohl sie, wie im Kapitel 4.2 dargestellt wurde, den *anteilmäßig* kleinsten Gesundheitsbereich Berlins hat, weist sie als Einrichtung sonst keine „Merkmale des Untypischen“ (Nolda 2015, S. 5) auf, und eignet sich somit sehr gut für das vorliegende Forschungsvorhaben. Darüber hinaus besteht aufgrund eines Praktikums und eines daraus entstandenen Arbeitsverhältnisses im Programmbereich Gesundheit eine persönliche Verbindung.

Die beiden Erhebungszeitpunkte ergaben sich daraus, dass zum einen ein Zeitpunkt in den 1980er Jahren – also aus der Anfangszeit des Gesundheitsbooms – untersucht werden sollte, und das Programm von 1984 in der Volkshochschule Mitte vollständig¹³ vorlag. Zum anderen sollte ein aktueller Zeitpunkt für den Vergleich herangezogen werden – so lag es nahe, das Jahr 2015 aus der eingangs erwähnten vorangegangenen Forschungsarbeit zu wählen, für das schon einige Auswertungen vorlagen.

5.2.2 Datenbasis und Besonderheiten bei der Datenerhebung und -analyse

Für das Jahr 1984 mussten die Programme *zweier* Bezirks-Volkshochschulen betrachtet werden, nämlich Wedding und Tiergarten. Diese wurden – zusammen mit der ehemaligen Ost-Volkshochschule Mitte im Jahr 2001 im Zuge der Zusammenlegung der Bezirke zur heutigen Volkshochschule Mitte. Es wurden also die Programme von insgesamt drei Einzel-Volkshochschulen für die Arbeitsjahre 1984 und 2015 ausgewertet. Insgesamt wurden 661 Veranstaltungen¹⁴ (1984: 211; 2015: 450) erfasst. Bei der Erhebung der Daten des Bereichs Gesundheitsbildung mussten im Vorfeld einige Festlegungen getroffen werden. Das Gesamtprogramm aller Volkshochschulen war bis zum Jahr 1998 noch in bis zu zwölf Stoffgebiete unterteilt, erst danach ging man zu den heute noch aktuellen sechs Programmbereichen über (siehe Kapitel 4.1). Für beide Jahre wurden nur die

¹³ Für die Einzel-Volkshochschule Mitte als ehemalige "Ost-Volkshochschule" existierte für das Jahr 1984 *kein* verwertbares Programm, weshalb sie aus der Betrachtung ausgenommen werden musste. Da der *quantitative* Vergleich der Jahre 1984 und 2015 jedoch nicht das Hauptaugenmerk der Untersuchung darstellt, wird dies als unproblematisch gesehen.

¹⁴ Hierbei wurde *jedes* geplante Angebot gezählt. Wenn z.B. ein Kurs mit dem Titel "Qi Gong" zwölf Mal im Jahr 2015 angeboten wurde, wurde er auch zwölf Mal gezählt.

Kurse, die von vornherein schon dem Bereich Gesundheit zugeordnet waren, in die Analyse einbezogen, thematisch passende, die in einem anderen Bereich zu finden gewesen wären, flossen nicht mit ein. Dies betrifft z.B. Angebote, auf die im Jahr 1984 in Tiergarten verwiesen wurde, wie Der Umgang mit Tabletten und Alkohol (→ FB3 Pädagogik, Psychologie, Religion), oder Musik-Gymnastik für Senioren (→ FB11 Bildungsarbeit für Senioren). Gesundheit ist – wie bereits im Rahmenplan von 1985 beschrieben – ein fachbereichsübergreifendes Thema, und in verschiedenen Jahren, und von verschiedenen Volkshochschulen wurden (und werden) verschiedene Einteilungen vorgenommen. Tanz- und Selbstverteidigungskurse finden sich in Mitte aktuell z.B. im PB1 Politik, Gesellschaft, Landeskunde und Umwelt. In der vorliegenden Untersuchung sollte ganz bewusst der als solcher bestimmte Bereich Gesundheit im Fokus der Betrachtungen stehen!

Eine Ausnahme bildet der Bereich Hauswirtschaft (FB 9 – Künstlerisches Gestalten und Werken) aus dem Programm der Volkshochschule Wedding, der 1984 die Kurse zum Thema Ernährung beinhaltete. Die entsprechenden Kurse wurden für die Untersuchung mit erfasst. Eine weitere Schwierigkeit stellte die Tatsache dar, dass im Gegensatz zu heute im Jahr 1984 die UE noch nicht explizit aufgeführt wurden, so dass über die Veranstaltungsdauer auf die UE geschlossen werden musste. Nur Tiergarten kennzeichnete die UE durch die Abkürzung D für Doppelstunden (also zwei UE). In wenigen Fällen konnte nicht auf gesichertes Wissen (z.B. über übliche Pausenzeiten bei längeren Veranstaltungen u. Ä.) zurückgegriffen werden, so dass Regeln aufgestellt wurden, um die UE möglichst genau zu schätzen (siehe Tabelle 5).

	UE	selbst bestimmte UE
Gesamtdauer des Kurses in Std.		
3,25	4	
4	5	
5	6	
5,75	7	
6		7
6,5		8
7	8	
8		

Tabelle 5: Bestimmung der UE

5.3 Kategorienbildung – Vorgehensweise

Das Kategoriensystem der vorliegenden Arbeit besteht aus zwei übergeordneten Kategorien: 1 – Themengebiete der Gesundheitsbildung und 2 – Lernformen. Sämtliche Angebote wurden sowohl den untergeordneten Kategorien der Kategorie 1 wie auch denen der Kategorie 2 zugeordnet. Die ausführliche Beschreibung der jeweiligen Ober- und Unterkategorien findet sich im Anhang 2.

Bei der Entwicklung des Kategoriensystems für die Kategorie 1 wurde nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse vorgegangen. Mayring (2010) nähert sich dem Begriff der Inhaltsanalyse, indem er sie als Verfahren beschreibt, mittels dessen fixierte Kommunikation systematisch (regelgeleitet) und theoriegeleitet analysiert, und dabei das Ziel verfolgt wird, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte dieser Kommunikation in Form von symbolischem Material – Texten, Bildern, Noten – zu ziehen (vgl. Mayring 2010, S. 12).

Laut Schreier (2014) ist der Kern des inhaltlich-strukturierenden Vorgehens, „am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben [...]. Diese Aspekte bilden zugleich die Struktur des Kategoriensystems; die verschiedenen Themen werden als Kategorien des Kategoriensystems expliziert“ (Schreier 2014, Abs. 8). Der Ablauf umfasst dabei folgende Schritte: ➤ Sich-Vertraut-Machen mit dem Material ➤ Ableitung von Oberkategorien aus der Fragestellung ➤ Bestimmen von „Fundstellen“ (Mayring 2010, S. 92) / Kodiereinheiten ➤ Entwicklung von Unterkategorien und Kategoriendefinitionen ➤ Erprobung des Kategoriensystems ➤ Modifikation des Kategoriensystems ➤ Kodieren des gesamten Materials mit dem überarbeiteten Kategoriensystem ➤ Ergebnisdarstellung, Interpretation, Beantwortung der Forschungsfrage. In dieser Arbeit wurde einer Variante von Steigleder (2008) der Vorzug gegeben, welche im Unterschied zu Mayring eine explizit kombiniert deduktiv-induktive Entwicklung von Ober- und Unterkategorien vorsieht, bei der eine kontinuierliche Anpassung der Kategorien am Material erfolgt, womit die Notwendigkeit einer Erprobung und anschließenden Überarbeitung des Kategoriensystems entfällt (vgl. Schreier 2014, Abs. 9-10).

Neben diesen *kategorialen* Kodierungen stellen die UE die einzige *metrische* Kodierung dar (Robak 2012, S. 2).

5.3.1 Kategorie 1 – Themenbereiche

Anders als in der Hausarbeit, für die die Inhaltsbereiche des Rahmenplans als Basis dienten, wurden hier die Schwerpunkte des Bereichs Gesundheit und Ernährung, wie die Berliner Volkshochschulen sie auf ihrer Webseite (vgl. berlin.de: Die Berliner Volkshochschulen) darstellen, herangezogen (deduktive Festlegung). Dort wird unterteilt in: ➤ Fitness, Gymnastik und Pilates, ➤ Yoga, Tai Ji, Qi Gong und Meditation, ➤ Entspannungstechniken, ➤ Körpererfahrung und Massage, ➤ Ernährung und Kochen und ➤ Gesundheitswissen.

Diese grobe Sortierung wurde anschließend noch einmal etwas themenspezifischer unterteilt, so dass zunächst sieben Oberkategorien entstanden: Theoretische Wissensvermittlung, Entspannungstechniken, Erkrankungen und Heilmethoden, Ernährung, Körperarbeit, Körpererfahrung, und Kombinationen. Die jeweiligen Unterkategorien wurden bei der schrittweisen Bearbeitung des Materials entwickelt. Dabei wurden Angebote zunächst einer bestimmten Oberkategorie zugeordnet, und anschließend zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit zu verschiedenen Themenkomplexen (Unterkategorien) zusammengefasst. So bilden etwa alle Yoga-Angebote eine Unterkategorie, ebenso wie alle Angebote zu Pilates, Meditation, Massage, usw.

Im Laufe der Zuteilung (induktive Festlegung) wurde klar, dass die Bereiche Körpererfahrung und Entspannungstechniken so viele Parallelen aufweisen, dass sie zu einer Kategorie zusammengezogen werden können, die theoretische Wissensvermittlung floss in der Kategorie 2 ein. Letztendlich entstanden sechs Oberkategorien:

A Erkrankungen und Heilmethoden, **B** Körperarbeit, **C** Körpererfahrung und Entspannungstechniken, **D** Ernährung, **E** Gesundheitspflege, und **F** Kategorienübergreifende (= *nicht zuordenbare*) Kurse.

Innerhalb der Kategorie D wurde eine zusätzliche, nachgeordnete Einteilung vorgenommen, je nachdem ob im Titel oder im Ankündigungstext ein erkennbarer Gesundheitsbezug zu erkennen war (**x**) oder nicht (**y**). Dieser Umstand trägt der Annahme 6 Rechnung, dass der Bereich Gesunde Ernährung fast ausschließlich Angebote ohne erkennbaren Gesundheitsbezug enthält. In der Kategorie F sind einzelne Angebote zusammengefasst, die Elemente mehrerer Kategorien (mindestens drei) und Themen enthalten. Ein Schwerpunkt lässt sich dabei nicht erkennen, und so können die entsprechenden Angebote als *nicht zuordenbar* gelten, dementsprechend findet auch keine weitere Unterteilung statt¹⁵. Ein Beispiel hierfür ist das Angebot der VHS Tiergarten von 1984 Bewegung und Entspannung – für Frauen in der Lebensmitte mit dem Ankündigungstext: Ein Wochenende mit Massage (Kategorie A), Tanz (Kategorie B), leichter Gymnastik (Kategorie B), Entspannungsübungen und einer Phantasiereise (jeweils Kategorie C).

Die eindeutige Zuordnung der einzelnen Angebote zu den verschiedenen Kategorien und Unterkategorien war häufig nicht einfach vorzunehmen. Trotz einer stetigen Überarbeitung des Kategoriensystems während der Analyse musste die Entscheidung aus verschiedenen Gründen oft intuitiv gefällt werden. Das war vor allem dann der Fall, wenn – wie im Fall der VHS Wedding 1984 – kein Ankündigungstext vorhanden war, der Aufschluss darüber gab, welche Inhalte im Kurs auf welche Weise vermittelt werden sollten. So wurde z.B. davon ausgegangen, dass es sich beim Kurs Pflegerische Gymnastik mit Atemschulung nicht um einen normalen Gymnastikkurs handelt, der in der Kategorie B1 einsortiert werden müsste, sondern vielmehr um ein Spezialtraining zur Behandlung bestimmter Beschwerden, also Kategorie A4.

¹⁵ Da es sich zudem um so wenige Angebote handelt, wird der Kategorie F bei der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt.

5.3.2 Kategorie 2 – Lernformen

Zu Beginn der Entwicklung der Kategorien wurde erwogen, das Angebot nicht nur in verschiedene Themenbereiche zu unterteilen, sondern auch hinsichtlich der möglichen Partizipationsformen.

Diese Idee hat ihren Ursprung in den Partizipationsportalen der Kulturellen Erwachsenenbildung nach Gieseke et al. (2005). Dort wurden drei Typen unterschieden: systematisch-rezeptiv, selbsttätig-kreativ und verstehend-kommunikativ (vgl. Gieseke et al. 2005, S. 52f.). Durch eine Kombination der Kategorien 1 und 2 mittels einer Mehrfeldermatrix sollte anschließend eine Typenbildung erfolgen. Nach einem ersten Probedurchlauf kristallisierten sich zwar eindeutig feststellbare Typen heraus, daneben standen jedoch zahlreiche, nicht eindeutig zuordenbare Mischtypen. So erwies sich dieses Vorgehen als nicht zielführend. Eine Typenbildung erfolgte trotzdem – und zwar aus der Kombination verschiedener Formen der *Wissensvermittlung durch die Kursleitenden* und der Form, in welcher die *Teilnehmenden partizipierten*. Jedem einzelnen Angebot wurde zunächst eine Ausprägung beider Merkmale zugeordnet. Für die darauf folgende Typenbildung wurde das Verfahren der Typologischen Operation der Reduktion nach Barton und Lazersfeld (1955)¹⁶ angewendet, die davon ausgingen, dass „sich alle Typen als eine Kombination von Merkmalen bzw. Merkmalsausprägungen beschreiben lassen und eine Typologie folglich zunächst aus allen Kombinationsmöglichkeiten (= Typen) besteht, die sich anhand der „zugrundeliegenden“ Merkmale ergeben“ (Kluge 1999, S. 93). Die beiden interessierenden Merkmale Wissensvermittlungs- und Partizipationsform weisen jeweils zwei Ausprägungen auf, die hier kurz erklärt werden sollen:

Bei systematischer Wissensvermittlung steht die Information über gesundheitliche Themen, bzw. die Erläuterung bestimmter Techniken oder Handlungsabläufe im Vordergrund. Kommt dazu noch eine reflexive Komponente, also z.B. durch kommunikativem Austausch innerhalb der Lerngruppe über theoretische Inhalte, oder ein In-sich-Hineinspüren, um eine bewusste Verbindung von Körper und Geist herzustellen, handelt es sich um reflexive Wissensvermittlung. Die geplante Partizipation der Teilnehmenden wurde als rezeptiv eingestuft, wenn die Teilnehmenden lediglich neue Kenntnisse erwerben, diese jedoch während des Kurses nicht selbst umsetzen sollten; eine Einstufung als selbsttätig erfolgte, wenn die Teilnehmenden im Kursverlauf selbst aktiv werden sollten.

Für jedes Angebot wurde auf Basis des Titels, des Ankündigungstextes, des eigenen Vorwissens, bzw. von Erfahrungswerten, jeweils eine Einteilung zu den Vermittlungs- und den Partizipationsformen vorgenommen. Die Zuteilung musste dabei ebenso wie bei Kategorie 1 in vielen Fällen intuitiv erfolgen, da im Ankündigungstext meistens kein konkreter Hinweis auf die Vermittlungsform zu finden war.

Es ergibt sich ein zweidimensionaler Merkmalsraum, der alle vier möglichen Kombinationen enthält – dargestellt in Tabelle 6.

¹⁶ Aufgrund von Schwierigkeiten bei der kurzfristigen Beschaffung der Originalliteratur wird das Verfahren von Barton und Lazersfeld in dieser Arbeit nach Kluge (1999) beschrieben.

Partizipationsform	Form der Wissensvermittlung	
	systematisch	reflexiv
rezeptiv	I – Lernen als funktionaler Wissens-	
selbsttätig	II – Lernen als Einübung (gesundheitsfördernden Verhaltens)	III – Lernen als Selbstwahrnehmung/Identitätsbildung

Tabelle 6: Lernformen der Gesundheitsbildung

Wie zu erwarten war, entfielen nur sehr wenige Angebote auf die Ausprägung rezeptiv. Da es sich hierbei um diejenigen Veranstaltungen mit theoretischem Schwerpunkt handelt, und eine weitere Unterscheidung aufgrund der sehr geringen Anzahl der Angebote als für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht zielführend erschien, werden die Gruppen systematisch und reflexiv in dieser Zeile aus forschungspragmatischen Gründen zusammengefasst, und die Anzahl der Felder somit von vier auf drei reduziert (vgl. ebd., S. 101f.). Die Benennung der Typen ist angelehnt an den weit gefassten Lernbegriff, den Siebert für die Didaktik der Gesundheitsbildung vorschlägt (vgl. Siebert 1990, S. 57f.):

Typ I – Lernen als funktionaler Wissenserwerb. Bei dieser Lernform findet eine theoretische Wissensvermittlung statt. Die Lerninhalte werden von den Teilnehmenden im Kurs lediglich geistig aufgenommen, aber nicht aktiv umgesetzt und verarbeitet.

Typ II – Lernen als Einübung (gesundheitsfördernden Verhaltens). Bei dieser Lernform werden die Teilnehmenden selbst aktiv. Bei den durch die Kursleitenden vermittelten Wissensbeständen handelt es sich größtenteils um methodische Anleitungen zum Erlernen einer bestimmten Technik, zusätzliches theoretisches Wissen wird ggf. in kurzen Input-Phasen an passender Stelle im Stunden- bzw. Kursverlauf theoretisches Wissen vermittelt. Die Praxis steht im Gegensatz zum Typ I ganz eindeutig im Vordergrund.

Typ III – Lernen als Selbstwahrnehmung/Identitätsbildung. Neben der Vermittlung der praktischen Grundlagen einer bestimmten Technik oder Methodik (wie bei Typ II) geht es hier um die Erweiterung und Vertiefung des Körperbewusstseins, die Selbsttätigkeit der Teilnehmenden ist auch hier von entscheidender Bedeutung.

Natürlich ist eine strikte Einteilung der Kurse zu diesen drei Typen – wie in dieser Arbeit geschehen – nicht als ganz unproblematisch zu sehen. Das liegt zum einen daran, dass vieles der eigenen Interpretation der Ankündigungstexte (sofern vorhanden) überlassen ist, und die Inhalte und Vermittlungsformen auch bei gleichem Thema von Kurs zu Kurs variieren können. Zum anderen sind die Übergänge zwischen den Typen fließend – besonders Typ I und II, aber auch II und III, werden in der Praxis vermutlich häufig ineinander übergreifen. Die Erweiterung der Forschungsmethodik um Interviews mit Programm- bereichs- und Kursleitung könnte dabei Abhilfe schaffen, ist aber im Rahmen dieser Arbeit nicht zu bewerkstelligen.

C Ergebnisdiskussion

6. Empirische Ergebnisse

6.1 Betrachtung des Gesamtprogramms – quantitative Entwicklung von 1984 bis 2015

Von den insgesamt 661 erfassten Kursen wurden 211 im Jahr 1984 angeboten, wobei der Wedding mehr als dreimal so viele Angebote im Jahresprogramm hatte wie Tiergarten. Im Jahr 2015 gab es bereits 450 Angebote in *Gesamt-Mitte*. Da für das Jahr 1984 statt dreier nur zwei Einzel-Volkshochschulen erfasst werden konnten, wird bei der grafischen Darstellung in den Abbildungen 7a und 8a das Jahr 1994 als Zwischenschritt eingefügt, für das aus der vorangegangenen, o.g. Hausarbeit bereits Daten vorlagen¹⁷.

Insgesamt ist die Anzahl der Kurse von 1984 bis 1994 um gut ein Fünftel zurückgegangen; einzeln betrachtet kann Tiergarten jedoch sogar ein Plus von immerhin 14% verzeichnen, wohingegen der Wedding gut ein Drittel seines Kursangebots eingebüßt hat (siehe Abb. 7a).

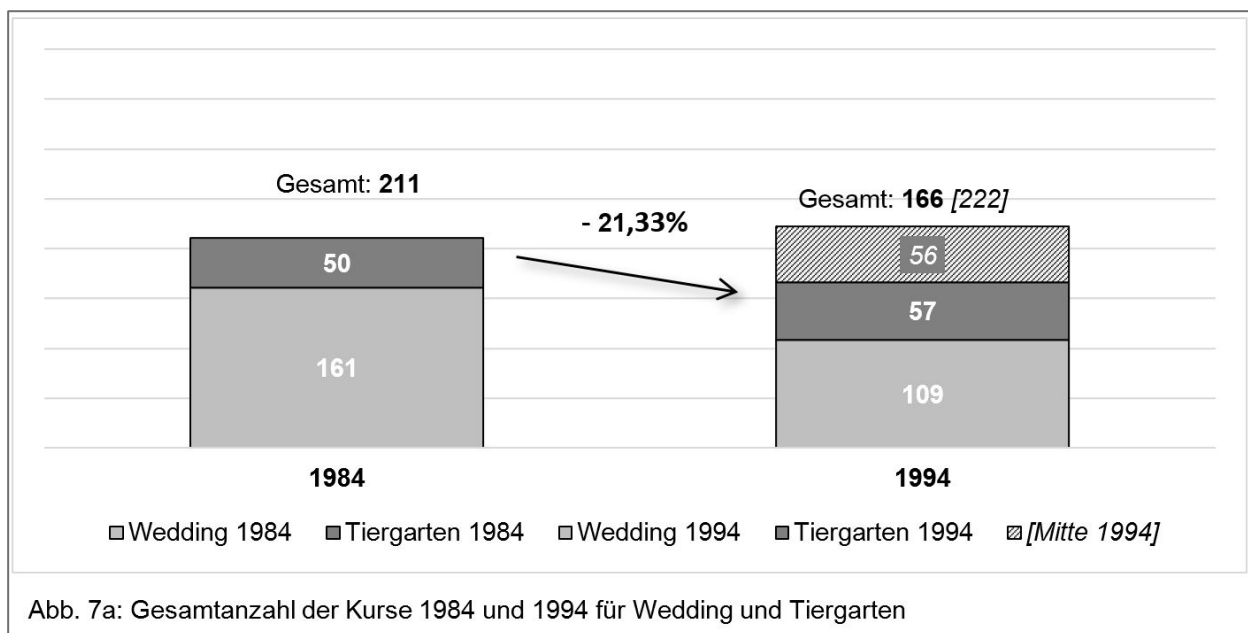


Abb. 7b zeigt, dass sich das Kursangebot im Vergleich zu den drei Einzel-Volkshochschulen im Jahre 1994 20 Jahre später verdoppelt hat.

¹⁷ Die Daten für die Einzel-Volkshochschule Mitte 1994 sind bei den Abbildungen 7a und 8a „ausgegraut“.

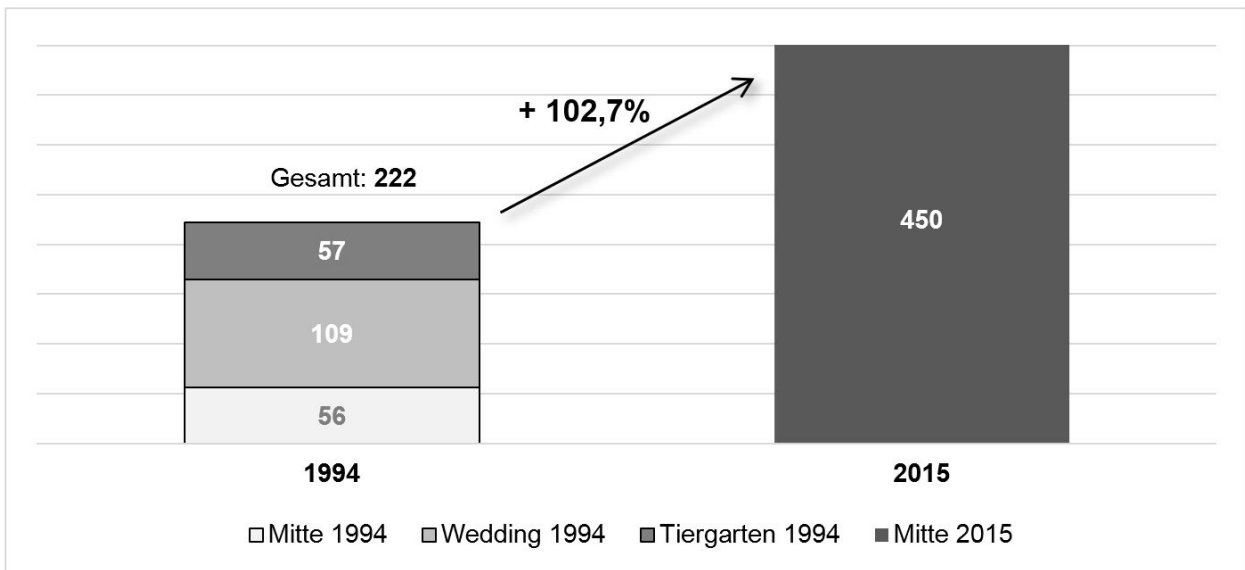


Abb. 7b: Gesamtanzahl der Kurse 1994 und 2015

Ähnliches ist auch bei der Entwicklung der UE zu beobachten (siehe Abb. 8a). Auch deren Anzahl nimmt von 1984 bis 1994 um etwas mehr als ein Fünftel ab, wobei in diesem Fall Tiergarten und Wedding gleichermaßen Verluste verzeichnen müssen. Auffällig ist die deutliche Abnahme der durchschnittlichen UE pro Kurs¹⁸ – während diese im Wedding ungefähr gleichbleiben, werden die Kurse in Tiergarten 1994 im Vergleich zu 1984 deutlich kürzer.

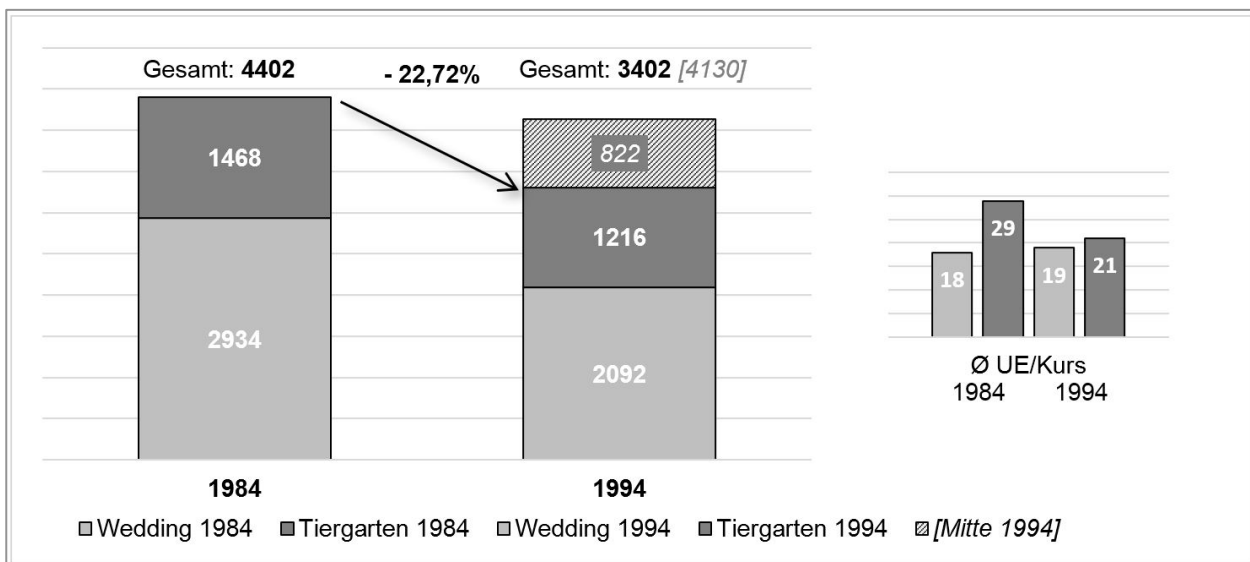
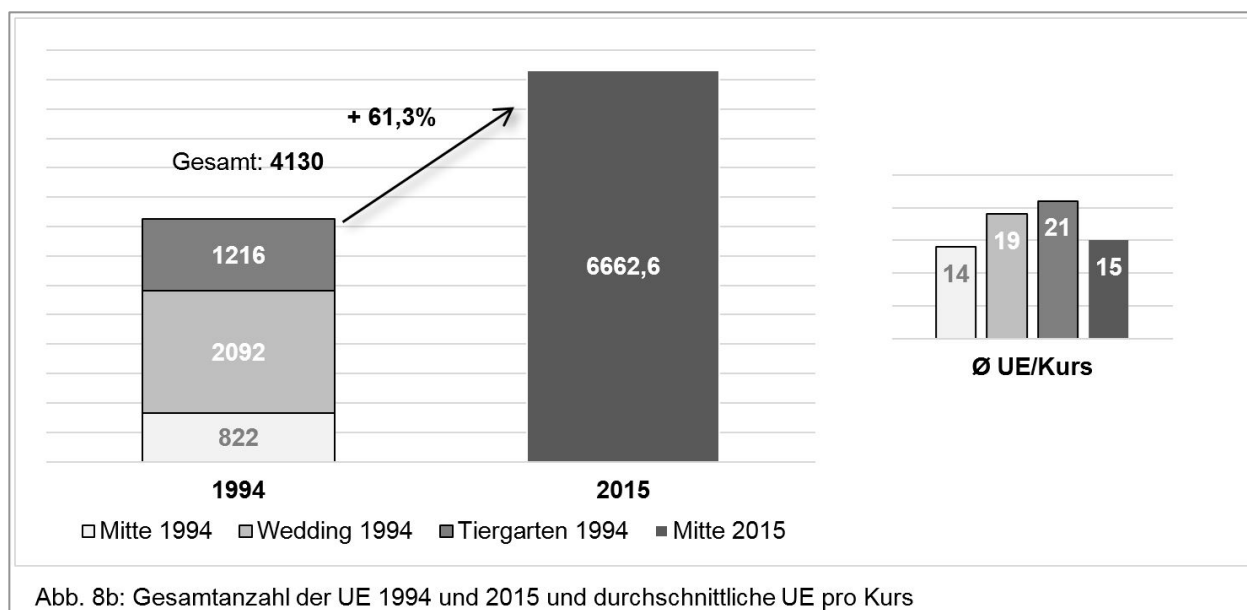


Abb. 8a: Gesamtanzahl der UE 1984 und 1994 und durchschnittliche UE/Kurs für Wedding und Tiergarten

Ebenfalls bemerkenswert ist die Tatsache, dass 1994 nur insgesamt 11 Kurse mehr angeboten wurden als 1984.

¹⁸ Dabei ist zu bemerken, dass diese Angabe sowieso recht ungenau ist, da die Gesamtanzahl der UE einfach durch die Gesamtanzahl der Kurse geteilt wurde, ohne dabei Unterschiede zwischen Kursen mit regelmäßigen Terminen und Einzelveranstaltungen zu machen. Sollte die Frage nach der Entwicklung der Kurslänge über die Zeit im Fokus der Betrachtungen stehen, sollte auf jeden Fall eine präzisere Vorgehensweise gewählt werden.

Erwartungsgemäß ist auch die Anzahl der UE von 1994 bis 2015 stark angestiegen, wenn auch der Zuwachs deutlich geringer ausfällt als bei der Gesamtanzahl der Kurse (siehe Abb. 8b).



So zeigt sich auch bei den durchschnittlichen UE/Kurs insgesamt ein deutlicher Rückgang (eine Ausnahme bildet die Einzel-Volkshochschule Mitte). Während in der Vergangenheit häufig 15 oder sogar 20 Termine pro Kurs geplant wurden, ist die *neue* Volkshochschule Mitte dazu übergegangen, die Anzahl der Kurstermine etwas geringer zu halten (i. d. R. zwischen zehn und zwölf), dafür aber viel häufiger als 1984 und 1994 pro Semester mehrere Kurse gleichen Inhalts anzubieten. Um diesbezüglich konkrete Aussagen machen zu können, müsste jedoch ein differenzierterer Blick auf die Angebotsstruktur der einzelnen Jahre geworfen werden. Auch hier fällt auf, dass sich die Gesamtanzahl der UE 1984 und 1994 nicht sehr voneinander unterscheiden – in diesem Fall waren es 1984 sogar 272 UE mehr.

6.2 Betrachtung der Kategorien

6.2.1 Veränderungen innerhalb der Themenbereiche (Kategorie 1)

Nachdem nun die quantitative Entwicklung des Gesundheitsbereichs in seiner Gesamtheit nachgezeichnet wurde, sollen jetzt die Themenbereiche im Zentrum der Betrachtungen stehen. Tabelle 7 zeigt die im Forschungsprozess festgelegten Ober- und Unterkategorien im Überblick.

Oberkategorien	Unterkategorien
A – Erkrankungen und Heilmethoden	A1 – Massage A2 – Alternative Heilmethoden A3 – Abhängigkeiten A4 – Spezialtraining A5 – Physische Erkrankungen A6 – Psychische Erkrankungen und Belastungen
B – Körperarbeit	B1 – Gymnastik B2 – Zumba [•] B3 – Pilates B4 – Tanz B5 – Selbstverteidigung B6 – Walking B7 – Aquafitness B8 – Kraft und Ausdauer, Kombinationskurse B9 – Sport
C – Körpererfahrung und Entspannungstechniken	C1 – Yoga C2 – Tai Ji C3 – Qi Gong C4 – Meditation C5 – Autogenes Training C6 – MBSR C7 – Gesang C8 – PMR C9 – Sonstige
D – Ernährung	D1 – Alternative Ernährungsweisen / Diätformen D2 – Grundlagen-Kochkurse D3 – Interkulturelle Kochkurse D4 – Mit Bezug zu Haushaltsführung D5 – Mit Zielgruppenansprache / Themenkurse
E – Gesundheitspflege	E1 – Körper und Körperpflege E2 – Säuglingspflege E3 – Erste Hilfe
F – Kategorienübergreifende (nicht zuordenbare) Kurse	Keine Unterkategorien
6	32

Tabelle 7: Kategorie 1 – Die Ober- und Unterkategorien im Überblick

Schon 1995 stellten Körber et al. im Zuge ihrer Programmanalyse zum Weiterbildungsangebot im Lande Bremen fest: „Das Wachstum der Gesundheitsbildung verteilt sich jedoch nicht gleichmäßig über die Angebotspalette des Fachbereichs. Ursächlich für ihren starken Zuwachs und

ihre starke Stellung heute sind vor allem die zahlreichen Veranstaltungen in der Themen-
gruppe Entspannung und Bewegung“ (Körber et al. 1995, S. 157).

Wenn auch die genannten Themenbereiche in der vorliegenden Studie auf zwei verschiedene Kategorien (B und C) verteilt sind, so wird dennoch deutlich, dass sie zusammen im Wettbewerb um die Vormachtstellung im Gesundheitsbereich konkurrenzlos bleiben (siehe Abb. 9).

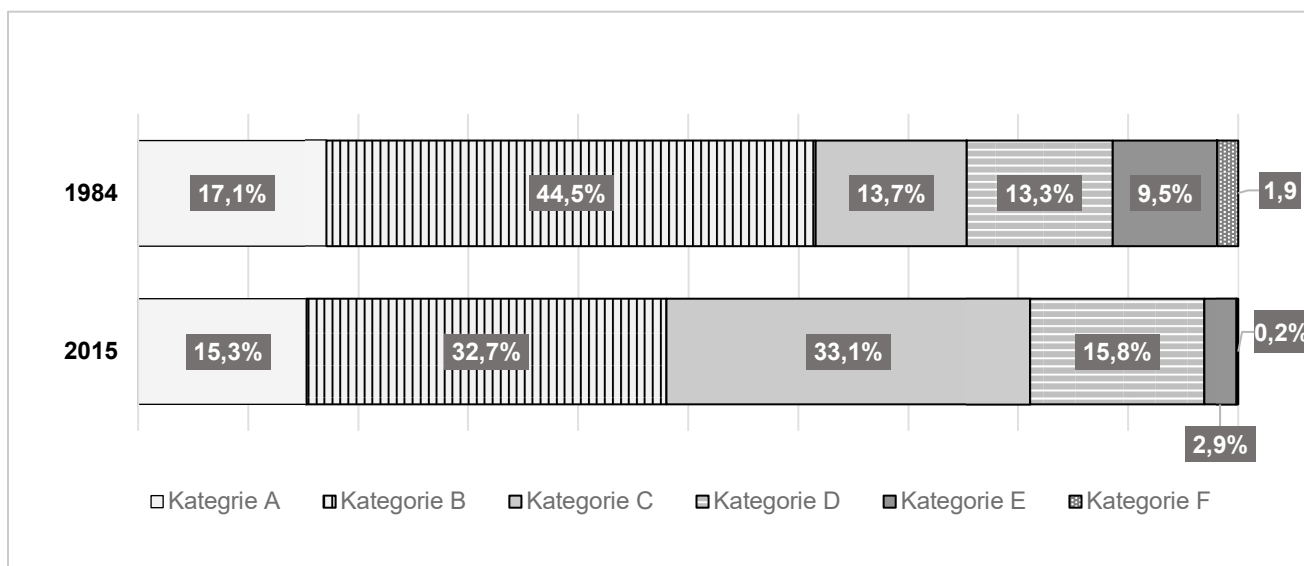


Abb. 9: Gesamt-Kurse in der Kategorie 1 (Anteil am Gesamtprogramm in %)

Machten die beiden Kategorien 1984 gemeinsam bereits 58,2% des Gesamtangebots aus, konnten sie diesen Vorsprung bis zum Jahr 2015 sogar noch ein wenig ausbauen, und stellen (fast gleichberechtigt) mit 65,8% knapp zwei Drittel der Kurse im Gesundheitsbereich.

Daneben zeigen sich in eben diesen beiden Kategorien auch die größten Veränderungen über die Zeit – während der Anteil der Kurse im Bereich B – Körperarbeit im fraglichen Zeitraum um mehr als ein Zehntel abnahm, vergrößerte sich der Bereich C – Körpererfahrung und Entspannungstechniken um fast 20%. Das ist auch gleichzeitig die einschneidendste Veränderung innerhalb der Kategorie 1. Abgesehen vom Bereich E – Gesundheitspflege, der Einbußen von immerhin 6,6% zu beklagen hat, bewegen sich die Veränderungen im niedrigen, einstelligen Bereich.

Natürlich können die im Vorfeld getroffenen, sehr allgemein gehaltenen Annahmen 1 und 2 (und zu einem gewissen Teil auch 3) bezüglich der Themenbereiche durch diese Ergebnisse bestätigt werden. Das Angebot hat sich im fraglichen Zeitraum gravierend verändert – es würde auch nicht für die Qualität eines Programms der Erwachsenenbildung sprechen, wenn 30 Jahre später immer noch nur dieselben, altbewährten Themen auf der Tagesordnung stünden. Ein gutes Volkshochschulprogramm sollte neben den beliebten Evergreens immer auch Neues, Innovatives enthalten, womit neue Lernbedürfnisse geweckt, und idealerweise neue potenzielle Teilnehmendengruppen angesprochen werden können.

Was beim Vergleich der angebotenen Themen 1984 und 2015 besonders auffiel, war, dass von insgesamt 32 Unterkategorien nur 13 im Programm *beider* Jahre zu finden wa-

ren. Ein Überblick dazu findet sich in Tabelle 7 (siehe S. 47). Hellgrau unterlegte Angebote sind *nicht* im Programm von 1984 zu finden (insgesamt 13), dunkelgrau unterlegte *nicht* im Jahr 2015 (insgesamt 6).

Besonders in den Bereichen A und B ist jeweils ein reger Themen-Wechsel festzustellen. Im Bereich B ist dafür zum größten Teil die Aufnahme neuerer, zeitgemäßerer Angebote wie zum Beispiel Zumba®, Aquafitness und Walking verantwortlich. Aber auch Kurse, deren Ziel es ist, die körperliche Kraft und Ausdauer zu stärken, finden sich vermehrt im Programm (diese Kurse machen mit knapp 47% im Jahr 2015 sogar fast die Hälfte des Bereichs B aus!). Andere Themen, wie etwa Tanz und Selbstverteidigung sind unterdessen in andere Programmbereiche abgewandert (siehe dazu den Hinweis im Kapitel 4.1). Im Bereich A kommen mit Massage und Alternative Heiltechniken Themen hinzu, deren Ursprünge weiter zurückreichen, die jedoch heutzutage eine breitere Bevölkerungsgruppe ansprechen. Dagegen verschwanden die Themen Abhängigkeiten und physische Erkrankungen. Informationen auf diesen Gebieten werden heutzutage vermutlich eher in den Medien gesucht, oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen statt eines Volkshochschulkurses erwogen. Hinzu kommt, dass in moderneren Zeiten über bestimmte Themen viel mehr Offenheit und Aufklärung vorhanden ist, als dies noch in den 1980ern und -90ern der Fall war. Der Bereich C wird durch einige weitere Angebotsfelder ergänzt, zusätzlich zu althergebrachten Themen wie Yoga, Autogenem Training und Tai Ji, die zusammen fast drei Viertel der Kurse ausmachen, ist inzwischen auch ein großes Angebot an weiteren traditionellen Techniken vorhanden, so wie Meditation, PMR (Progressive Muskelrelaxation) und Qi Gong. Aber auch neue Methoden wie MBSR (Stressbewältigung durch Achtsamkeit) haben ins Programm Einzug gehalten.

Der Bereich D – Ernährung wurde lediglich um Grundlagenkochkurse erweitert, dafür fallen Kurse mit Bezug zu Haushaltsführung heraus, wie sie noch bis in die 1990er zu finden waren. Dies erklärt sich zum einen mit der Umverteilung der Stoffgebiete zu Programmbereichen Ende der 1990er Jahre, zum anderen mit dem letztendlichen Wegfall der Hauswirtschaftslehre aus dem Programm der Volkshochschulen.

Außerdem sollen an dieser Stelle der Annahme 6 – bezüglich des angenommenen fehlenden Gesundheitsbezuges der Kurse in diesem Bereich – einige Zahlen an die Seite gestellt werden.

Hierfür wurde, wie im Kapitel 5.3.1 bereits erwähnt, allen Kursen des Bereichs D ein **x** (*mit* Gesundheitsbezug) oder ein **y** (*ohne* Gesundheitsbezug) zugeteilt. Bei der Zuteilung des **x** wurde sehr wohlwollend vorgegangen, das Vorhandensein von Schlagworten wie *Gesundheit*, *Vollwertküche*, *ausgewogene Ernährung*, *kalorienbewusst*, *fettarm & leicht*, *Vitaminspender* u. Ä. im Ankündigungstext reichte dafür schon aus. Wurde kein solches Schlagwort im Titel oder im Ankündigungstext erwähnt, handelt es sich schlicht um Kurse nach dem Motto: Kochen nach Rezept.

Es zeigt sich ein Bild, welches die Annahme untermauert – sowohl 1984 als auch 2015 weisen ca. $\frac{3}{4}$ der angebotenen Kurse keine Verbindung zum Thema Gesundheit auf (siehe Tabelle 8).

In sämtlichen Kursen mit der Lernform Typ I, welche die theoretische Wissensvermittlung beinhaltet, war ein Gesundheitsbezug festzustellen. Der Anteil ist allerdings seit 1984 um 11,5% auf nur noch 2,8% zurückgegangen. Es ist nicht überraschend, dass es weder 1984 noch 2015 Kurse mit der Lernform Typ III gab. Der Anteil der Kurse mit Lernform Typ II *und* Gesundheitsbezug ist erfreulicherweise um 14,7% gestiegen, trotzdem liegt der Anteil der Kurse *ohne* Gesundheitsbezug immer noch bei über 70%.

	I		II		III	
Gesundheitsbezug	1984	2015	1984	2015	1984	2015
Mit (x)	14,3	2,8 (- 11,5%)	10,7	25,4 (+ 14,7%)		
Ohne (y)			75	71,8 (- 3,2%)		

Tabelle 8: Kurse mit/ohne Gesundheitsbezug im Bereich Ernährung (Anteil am Gesamtprogramm in %)

Damit wird die Annahme 6 gestützt, denn es finden sich fast ausschließlich Angebote zum Erlernen bestimmter Rezepte, mit Gesundheitsbildung, so wie sie z.B. im Rahmenplan von 1985 beschrieben ist, hat das sehr wenig zu tun. Dort wird auf die Problematik einer modernen Überernährung der industriellen Wohlstandsgesellschaft und einer gleichzeitigen, bedenklichen Mangelernährung hinsichtlich verschiedener Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente hingewiesen. „Zur dazu notwendigen Bewußtseinsbildung über alle mit der Ernährung zusammenhängende [sic] Fragen können entsprechende Weiterbildungsangebote einen wichtigen Beitrag leisten“ (PAS des DVV 1985, S. 12).

Jedoch bestimmt trotz aller konzeptioneller Idealvorstellungen heute noch mehr als früher auch in Volkshochschulen die Nachfrage das Angebot, und so nützt die schönste, pädagogisch hochwertige Planung nichts, wenn die Kurse wiederholt leer bleiben. Es bleibt außerdem die Vermutung, dass gesundheitsbezogene Informationen zum Thema Ernährung heutzutage in den Medien überpräsent sind, und das Interesse am Besuch eines Volkshochschulkurses zu diesem Thema deshalb gering ist.

6.2.2 Veränderungen bezüglich der Lernformen (Kategorie 2)

Auch bezüglich der Lernformen hat über die Zeit ein Wandel stattgefunden, dem eine Parallelität mit der Veränderung der Ziele von Gesundheitsbildung unterstellt werden kann (siehe Kapitel 3.1).

Zu Beginn war es noch das Ziel der hygienischen Volksbelehrung, aber auch der späteren Gesundheitsaufklärung, die Menschen mittels meist einseitiger Information von Expertenseite (oft gepaart mit Angstappellen) zu erwünschten Verhaltensweisen zu motivieren. Der Fokus lag sehr lange auf der Vermeidung von Krankheiten und bestimmten Risikofaktoren (siehe Kapitel 2.1). Erst der Paradigmenwechsel von der Fremd- zur Selbstbestimmung und die Mitbetrachtung der individuellen Lebensumstände führte zu

mehr Teilnehmenden- und Handlungsorientierung in der Gesundheitsbildung. Es geht i. d. R. nicht darum, im Vorfeld genau festgelegte Lernziele zu erreichen, oder nach Kursende lediglich Handwerkszeug für eine bestimmte Technik mit nach Hause zu nehmen, wie z.B. nach einem Excel-Kurs. Natürlich ist das Erlernen bestimmter Methoden ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsbildung, doch erst in Verbindung mit einer reflexiven Komponente kann dauerhaft eine individuelle Veränderung gemäß der eigenen Wünsche und selbst gesetzten Ziele entstehen.

Diese Entwicklung ist auch bei der Verschiebung der Lernformen zu erkennen. Zwar war der Anteil der Lernform Typ I mit 16,1% schon in den 1980er Jahren nicht besonders hoch, im Vergleich dazu ist im Jahr 2015 mit -13% ein deutlicher Rückgang zu erkennen (siehe Abb. 10).

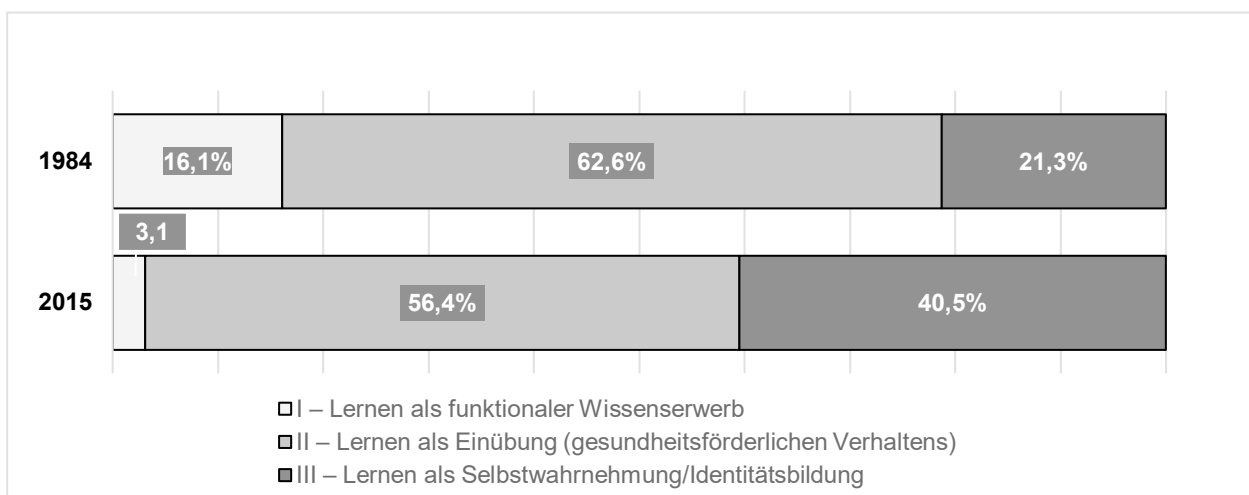


Abb. 10: Gesamt-Kurse Kategorie 2 (Anteil am Gesamtprogramm in %)

Mit einem Rückgang von nur 6,2% ist der Typ II immer noch in über der Hälfte der Kurse vertreten. Die Verluste der anderen beiden heimst Typ III ein, und kann damit seinen Anteil von 21,3% auf 40,5% fast verdoppeln.

Auch hiermit wird die Annahme 2 gestützt, denn wie vermutet ist die Anzahl der Kurse, in denen schwerpunktmäßig theoretische Wissensvermittlung ohne, oder mit nur geringer, Eigenaktivität der Teilnehmenden stattfindet (Lernform Typ I), stark zurückgegangen. Dahingegen gewinnt die Lernform, welche eine reflexive Komponente beinhaltet, zunehmend an Bedeutung (Typ III).

6.2.3 Veränderungen innerhalb der Kategorien und Zusammenschau

Tabelle 9 gibt einen guten Überblick über die Veränderungen innerhalb der beiden Kategorien von 1984 bis 2015.

Bis auf die Bereiche E und F innerhalb der Themengebiete, und Typ I innerhalb der Lernformen ist die reine Anzahl der Kurse von 1984 bis 2015 in allen Bereichen angestiegen,

dies schlägt sich jedoch nur bei C und Typ III in einem erheblichen Zuwachs des jeweiligen Anteils am Gesamtprogramm nieder (jeweils um knapp ein Fünftel), der Bereich D wächst nur um wenige Prozent.

Kategorie 1 – Themenbereiche						
	A	%	B	%	C	%
	Anzahl	Anteil am GP	Anzahl	Anteil am GP	Anzahl	Anteil am GP
1984	36	17,1%	94	44,5%	29	13,7%
2015	69	15,3%	147	32,7%	149	33,1%
Differenz	+33	-1,8%	+53	-11,8%	+120	+19,4%
	D	%	E	%	F	%
	Anzahl	Anteil am GP	Anzahl	Anteil am GP	Anzahl	Anteil am GP
1984	28	13,3%	20	9,5%	4	1,9%
2015	71	15,8%	13	2,9%	1	0,2%
Differenz	+43	+2,5%	-7	-6,6%	-3	-1,7%
Kategorie 2 – Lernformen						
	I	%	II	%	III	%
	Anzahl	Anteil am GP	Anzahl	Anteil am GP	Anzahl	Anteil am GP
1984	34	16,1%	132	62,6%	45	21,3%
2015	14	3,1%	254	56,4%	182	40,4%
Differenz	-20	-13,2%	+122	-6,2%	+137	+19,1%

Tabelle 9: Veränderungen innerhalb der Kategorien im Überblick

Die Veränderung in der Verteilung der Lernformen auf die einzelnen Themenbereiche ist in Tabelle 10 dargestellt.

Hervorzuheben ist hier die erwartungsgemäß enorme Zunahme der Kombination C-III um 19,4%, und die deutliche Abnahme der Kombination B-II um 11,6%.

Wie sind diese Zahlen nun in einer Zusammenschau zu interpretieren? Dazu können die bisher eher mitschwingenden Annahmen 4 und 5 mit einbezogen werden, wo die Vermutungen geäußert wurden, dass zum einen rein theoretische Veranstaltungen nicht mehr besonders nachgefragt seien, und zum anderen der Wellness-Aspekt zunehmend an Bedeutung gewönne.

Kategorie 1	Kategorie 2					
	I		II		III	
	1984	2015	1984	2015	1984	2015
A	8,5	1,8 (-6,7)	3,8	7,8 (+4)	4,7	5,8 (+1,1)
B	0	0	43,6	32 (-11,6)	0,9	0,7 (-0,2)
C	0	0	0	0	13,7	33,1 (+19,4)
D	1,9	0,4 (-1,5)	11,4	15,3 (+3,9)	0	0
E	5,7	0,9 (-4,8)	3,8	1,3 (-2,5)	0	0,7 (+0,7)
F	0	0	0	0	1,9	0,2 (-1,7)

Tabelle 10: Veränderung der Verteilung der Lernformen auf die Themenbereiche im Überblick (Anteil am Gesamtprogramm in %)

Tatsächlich ist über sämtliche Themengebiete hinweg ein schwindender Anteil der Lernform Typ I zu beobachten, bei welchem die theoretische Wissensvermittlung im Vordergrund steht. Dies könnte seinen Ursprung in der Tatsache haben, dass die (nicht mehr so neuen) Medien in den letzten Jahrzehnten zur wichtigsten Informationsquelle überhaupt geworden sind – wer heutzutage z.B. etwas über die Vorzüge und Nachteile der veganen Ernährung wissen möchte, braucht nur noch in die Jackentasche zu greifen, und kann wenig später schon aus einer Fülle informationsverheißender Überschriften wählen. Man könnte schon fast sagen, die heutige Gesellschaft ist in gewisser Hinsicht überinformiert (denn: zur *Güte* der Informationen ist damit noch nichts gesagt!).

Auch der verstärkte Wunsch nach Wellness – im Sinne des hohen, ganzheitlichen Wohlbefindens, wie es in der Definition von Schefftschick (2005; siehe Kapitel 3.4) interpretiert wird – ist durchaus aus diesen Veränderungen herauszulesen. So könnte der verminderte, und trotzdem weiterhin hohe Anteil des Bereichs B, und der gleichzeitige Anstieg der Angebote im Themenbereich C damit in Zusammenhang gebracht werden. Zwar ist das In-Form-bringen, bzw. Fithalten des Körpers (B) weiterhin von großer Bedeutung, immer wichtiger scheint jedoch auch ein In-sich-gehen, und damit der ganzheitliche Aspekt der Angebote (C) zu werden. Parallel dazu wird verstärkt darauf Wert gelegt, eine Technik nicht mehr nur zu erlernen (Typ II), sondern die Wirkung, die das Gelernte bei der Durchführung auf Körper und Geist hat, während des Kurses auch zu reflektieren (Typ III).

Natürlich ist trotz alledem nicht gesagt, dass die provokante Aussage, die Veranstaltungen würden weniger zum Zwecke der Wissenserweiterung besucht, sondern nur noch zur Steigerung des momentanen Wohlbefindens, auch zutrifft. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass der Wunsch, etwas über sich selbst zu lernen, und das Wohlbefinden somit zukünftig auch selbständig herbeiführen zu können, die Teilnahmeentscheidung ebenfalls beeinflusst!

Nachdem nun Zuwächse und Verluste der einzelnen Bereiche dargestellt wurden, soll in den folgenden zwei Teilkapiteln versucht werden, diese in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen.

6.3 Parallelen zwischen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen und dem Angebot der Gesundheitsbildung

Die Beantwortung der dritten Forschungsfrage stellt die größte Herausforderung dieser Untersuchung dar, sie geht über die Diskussion sich verändernder Prozentsätze hinaus. Wie bereits eingangs erwähnt, können an vielen Stellen über die kausalen Zusammenhänge nur weitere – wenn auch begründete – Vermutungen angestellt werden. Auch steckt ein Teil der Antwort bereits in den Ausführungen der ersten beiden Teile dieser Arbeit. Zu nennen sind hier besonders die bereits in den 1970er Jahren beginnenden, und sich immer weiter fortsetzenden gesundheitspolitischen Umbrüche und deren Folgen. Auch die Veränderungen im Verständnis von Gesundheit und Krankheit, und der gesellschaftliche und individuelle Umgang damit, die damit einhergehenden interdisziplinären, kontroversen Diskussionen und die daraus entstandenen Konzepte und sich neu formierenden Zielsetzungen im Bereich der (Erwachsenen-)Bildung, die im Teil A nachgezeichnet wurden, haben sichtbare Spuren in den Programmen der Volkshochschulen hinterlassen¹⁹. Die gefundenen Zusammenhänge ergeben sich aus einer Zusammenschau des theoretischen und empirischen Teils, und sollen hier noch einmal pointiert dargestellt werden:

Pauschal kann schon einmal festgestellt werden, dass sich der Fokus der Angebote im Bereich Gesundheitsbildung innerhalb der letzten 30 Jahre *natürlich* verändert hat; es wäre höchst bedenklich, wenn dies nicht der Fall gewesen wäre. Parallelen zu gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen sind schon insofern erkennbar, als dass das Angebot analog zum gesteigerten Interesse am Thema Gesundheit in seinem Umfang beträchtlich angewachsen ist (siehe Abb. 5, S. 33). Aufgrund der vor allem in den Kapiteln 2.3 und 3.4 dargestellten Umbrüchen im Gesundheitswesen, durch die die Verantwortung für die Gesundheit zu einem großen Teil an die Individuen zurückgegeben wurde, und die Zunahme chronischer und stressbedingter Leiden und Erkrankungen (siehe Kapitel 2.2.2) ergeben sich zugleich neue Bedarfe, und es wurden neue Bedürfnisse geweckt.

Die Patienten sind seitdem mehr und mehr auch Kunden des Gesundheitssystems; die Privatisierung vieler Behandlungskosten hatte zur Folge, dass die Menschen sich mehr für verschiedene Behandlungsarten interessieren (mussten), um die für sie sinnvolle und notwendige erkennen zu können. Ärzte haben viel seltener als noch vor einigen Jahrzehnten den Status der Experten, die über exklusives Hoheitswissen verfügen; Diagnosen und Behandlungsempfehlungen werden oftmals hinterfragt, und es wird nach Alter-

¹⁹ Obwohl von dieser exemplarischen Untersuchung natürlich nicht auf die Allgemeinheit geschlossen werden kann, so liegt die Vermutung doch nahe, dass sich diese Veränderungen in der ein oder anderen Weise auf *alle* Volkshochschulen erstreckten.

nativen zur traditionellen Schulmedizin gesucht. All dies macht eine höhere Gesundheitskompetenz notwendig, und schafft gleichzeitig einen Anreiz, möglichst gar nicht erst krank zu werden.

Es sind vor allem die *präventiven* Angebote, welche aus den Leistungskatalogen der gesetzlichen Krankenkassen verschwunden sind – diese fallen offenbar fast ausschließlich als Freizeitvergnügen in den Privatbereich der Versicherten. Verbindungen zu diesen Entwicklungen können neben dem *quantitativ* stark erweiterten Angebot darin gesehen werden, dass im Bereich A – Erkrankungen und Heilmethoden neben Massage hauptsächlich die Themen Alternative Heilmethoden (1984 noch gar nicht im Angebot) und Spezialtraining (z.B. spezielle Gymnastik für Wirbelsäule, Rücken, usw.) vertreten sind. Die Angebote des Gesundheitsbereichs der Volkshochschulen sind zwar in der Regel präventiv angelegt, viele sind jedoch zudem auch geeignet, schon bestehende Leiden zumindest zu lindern, wenn nicht gar zu beseitigen.

Von diesen Angeboten ist lediglich ein kleiner Teil dem Bereich der theoretischen Wissensvermittlung (Lernform Typ I – Lernen als funktionaler Wissenserwerb) zuzuordnen. Auch in diesem Zusammenhang kann der Vormarsch der neuen Medien als Erklärung herangezogen werden. Inzwischen sind viele Informationen leicht zu bekommen, die früher nur mit erhöhtem Zeit- und Rechercheaufwand erhältlich waren. Hier soll noch einmal betont werden, dass natürlich nicht alle Informationen, die vor allem im Internet schnell und einfach erhältlich sind, auch wirklich geeignet sind, die Gesundheitskompetenz von mehr oder weniger geübten Privatanutzern des WWW zu erhöhen. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass die Menschen sich heute oftmals informierter und aufgeklärter *fühlen*, und allein das ist für die hier angenommenen Zusammenhänge ausschlaggebend, denn es entscheidet häufig darüber, ob weitere Information als notwendig erachtet wird, oder nicht. Neben dem Internet können auch Zeitschriften, Fernsehen und das persönliche Umfeld stetige Informationsquellen zum Thema Gesundheit sein. Viele Menschen fühlen sich durch diese Informationsflut, und die ständig neuen, sich oftmals widersprechenden Erkenntnisse womöglich ebenso gegängelt, wie es bei den Methoden der Gesundheitserziehung der Fall war (siehe Kapitel 3.1.2).

Der allgemeine Trend geht seit langem in Richtung *Selbstoptimierung*: Alle müssen heutzutage fit und gesund bleiben bis zum Umfallen, dazu noch aktiv bis ins hohe Alter – die Rentner, die ihre Tage auf eine Fensterbank gestützt verbrachten, sind heute schon längst Geschichte. Die vitalen Hochbetagten verbringen ihre Zeit mit Walking und ernähren sich bewusst und gesund. Ein diese Altersklasse betreffender, gravierender Wandel ist allein schon daran abzulesen, dass die Gruppen der über 50jährigen 2015 die Hälfte, und davon allein die über 64jährigen schon gut ein Fünftel der Teilnehmendenschaft in den Kursen der Gesundheitsbildung ausmachen (siehe dazu Kapitel 4.1; Tabelle 4).

Die im Kapitel 2.3 angesprochenen, drastischen Veränderungen der Lebens- und Arbeitswelten der Gesellschaft im 21. Jahrhundert, die sich auf lange Sicht in Form seelischer und körperlicher Belastungen und daraus entstehenden Erkrankungen bemerkbar

machen, sind sehr wahrscheinlich hauptursächlich für die deutliche Ausweitung des Themenbereichs C – Körpererfahrung und Entspannung, wo eine Vielzahl von Kursen mit dem Ziel der Stressbewältigung zu finden ist.

In diesem Zuge nimmt auch die schon von Juvenal hervorgehobene *Wartung des Geistes* neben den körperlichen Belangen einen immer größeren Raum ein – die Lernform Typ III – Lernen als Selbstwahrnehmung/Identitätsbildung wurde 2015 in 40% aller Kurse identifiziert. Damit steht sie in gefestigter Position neben der Lernform Typ II – Lernen als Einübung gesundheitsfördernden Verhaltens. Diese ganzheitliche Betrachtung und Behandlung von Körper und Geist als zusammenhängende Systeme trägt in erheblichem Maße dazu bei, das von Antonovsky beschriebene Kohärenzgefühl zu stärken (siehe Kapitel 2.2.1). Der Besuch eines Kurses mit gesundheitsbezogenem Thema kann somit durch neue Erfahrungen mit dem eigenen Körper und der damit in Zusammenhang stehenden, als positiv empfundenen Veränderungen zu einer neuen Art führen, die eigenen Lebensumstände zu betrachten. Den alltäglichen Stressoren kann somit nicht nur ein gesünderer Körper entgegengesetzt werden, sondern idealerweise auch die Gewissheit, mit den Widrigkeiten des beruflichen und privaten Alltags adäquat umgehen zu können.

Abschließend lässt sich feststellen, dass Vertreter der Volkshochschulen die neuen Entwicklungen frühzeitig erkannt, und mit neuen Konzepten und Angeboten reagiert haben. Im Einführungskapitel des Rahmenplans von 1985 heißt es: „Volkshochschulen sind also in der Lage, die Verbindung herzustellen zwischen einem fachwissenschaftlichen Erkenntnisstand und Gesundheitsproblemen von Teilnehmern. [...] Zur gleichen Zeit ist in der Öffentlichkeit ein Wandel festzustellen im Bewußtsein von Gesundheit und Krankheit, von deren Ursachen, Zusammenhängen und Bestimmungsfaktoren“ (PAS des DVV 1985, S. 3). Und weiter: „Dieser Verständniswechsel über den Zusammenhang und die Besonderheiten von Gesundheit und Krankheit läßt sich auf verschiedenartige Zeitercheinungen und deren Diskussion zurückführen. Unter anderem sind die Zunahme von Zivilisationskrankheiten zu nennen, die Erfahrungen mit Grenzen des professionellen Medizinsystems, die Rückbesinnung auf den hohen Anteil schon immer vorhandener, nicht-professioneller gesundheitlicher Vorsorgeleistungen, das wachsende Interesse in der Bevölkerung an gesünderen Lebensformen und -bedingungen. Das alles macht sich auch in der erhöhten Nachfrage nach entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten bemerkbar“ (vgl. ebd., S. 4).

6.4 Zusammenfassung und Reflexion

Bei der Betrachtung der wichtigsten Ergebnisse in ihrem Gesamtzusammenhang ergibt sich folgendes Bild: Wie zu erwarten war, ist die Anzahl der Kurse und UE seit den 1980er Jahren deutlich angestiegen.

Nach einem anfänglichen Rückgang von 1984 bis 1994 um jeweils etwas mehr als ein Fünftel, war bis zum Jahr 2015 dann ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Die Anzahl der Kurse hatte sich verdoppelt, die Anzahl der UE erhöhte sich immerhin um 60%.

Ebenfalls erwartungskonform ist die Ausweitung des Bereichs C – Körpererfahrung und Entspannungstechniken, nicht nur bezüglich des Anteils am Gesamtprogramm, sondern auch die thematische Vielfalt betreffend. Zu den klassischen Yoga-, Tai-Ji- und Autogenes-Training-Kursen gesellten sich bis zum Jahr 2015 weitere Themengebiete, wie z.B. Qi Gong, Meditation und Stressbewältigung durch Achtsamkeit (MBSR). Auch im Bereich B – Körperarbeit fanden zahlreiche neue Themen Eingang, allerdings bei gleichzeitiger Verkleinerung des Anteils am Gesamtprogramm. Damit ist das Verhältnis dieser beiden Bereiche nun ausgeglichen. Die Annahmen 1 und 2 können somit als bestätigt angesehen werden. Kann aber auch der These zugestimmt werden, der Besuch solcher Kurse geschähe weniger aufgrund von Wissensdurst, sondern eher dem Wunsch nach einem attraktiveren Äußeren oder nach passiver Entspannung folgend (Annahme 4 und 5)? Die Tatsache, dass die *aktiven* Lernformen (vor allem Typ II und III) in den Kursen überdeutlich dominieren, zeichnet ein anderes Bild, als der in Deutschland mit einer passiv-empfangenden Haltung konnotierte Wellnessbegriff vermuten lässt. Nicht nur ist der Besuch fast sämtlicher Kurse mit – meist körperlicher – Aktivität verbunden, dazu kommt vor allem bei Kursen des Bereichs C eine reflexive Komponente, was i. d. R. auch zu einem Wissenszuwachs über geistig-körperliche Zusammenhänge, und damit zu einer erhöhten Gesundheitskompetenz führt. Für eine abschließende Klärung dieser Frage ist die Programmanalyse jedoch nicht das richtige Instrument, es müsste zumindest eine weitere Methode verwendet werden.

Des Weiteren kann durch die hier vorliegenden Erkenntnisse zumindest angezweifelt werden, ob der Bereich D – Ernährung in der vorliegenden Form überhaupt dem Programmbereich Gesundheitsbildung zugeordnet sein sollte (Annahme 6). Zwar ist es in den heutigen Zeiten schon als positiv zu bewerten, wenn die Menschen ihre Mahlzeiten selbst zubereiten, statt Fertigprodukte zu verwenden – ein höherer Anteil an Kursen, die einen Bezug zu *gesunder* Ernährung herstellen, wäre jedoch wünschenswert.

Schon im Verlauf der anfänglichen Literaturrecherche kristallisierte sich heraus, dass die Annahme 3 nicht nur die Basis für eine der Hauptfragen, sondern das eigentliche Herzstück der Arbeit darstellen würde, deren Beantwortung keinem bestimmten Kapitel allein zugeordnet werden kann. Sie zieht sich durch den gesamten Theorieteil und gipfelt schließlich in den Ausführungen im Kapitel 6.3, wo die wichtigsten Punkte aus Theorie und Empirie zueinander in Beziehung gesetzt werden. Die Auswirkungen der Entwicklungen im Gesundheitswesen der vergangenen Jahrzehnte, die erhöhten Anforderungen, welche heutzutage sowohl im beruflichen wie im privaten Bereich an die Menschen gestellt werden, und auch der Wunsch, bis ins hohe Alter fit, attraktiv und leistungsfähig zu bleiben, lassen sich recht deutlich am Programm der Volkshochschule ablesen. Leider fehlen Angebote, in denen – im Idealfall entgeltfrei – Gesundheitswissen zu aktuellen Themen (z.B. die Gefahren des Trends zur E-Zigarette, oder die Bedeutung des Darms für ein starkes Immunsystem) vermittelt wird. Da jedoch auch die Volkshochschulen kostendeckend arbeiten müssen, können die Bemühungen um das Interesse der Bevölkerung an solchen Veranstaltungen oftmals nicht mit dem nötigen Nachdruck vorangetrie-

ben werden. Dieser Umstand ist ein weiterer Hinweis auf die untergeordnete Rolle, welche nicht nur die Gesundheitsbildung, sondern auch die Erwachsenenbildung allgemein im deutschen Bildungssystem spielt.

Bei kritischer Betrachtung der im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführten Kategorienbildung fällt auf, dass die Lernformen für den Bereich der Gesundheitsbildung zu starr konstruiert sind. Es ist davon auszugehen, dass die Grenzen – vor allem zwischen den Typen II und III – eher fließend verlaufen, für viele Kurse kann eine Zugehörigkeit zu nur einem der Typen vermutlich gar nicht so konkret vorgenommen werden. Auch die theoretische Wissensvermittlung (Typ I) wird in der Praxis in den meisten Kursen der Gesundheitsbildung eine gewisse Rolle spielen – als nützliche Bausteine, welche an passenden Stellen in den Kursverlauf eingestreut werden. Die hier entwickelten Typen können am besten als Entwurf im Rohstadium, bzw. als Gerüst zur Weiterentwicklung gesehen werden. Dennoch ergab sich für diese Arbeit durch die Kategorie 2 vor allem in Verbindung mit Kategorie 1 (siehe Tabelle 10, S. 52) eine interessante Perspektive auf das Angebot der Gesundheitsbildung, welche bei der reinen Betrachtung der Themenbereiche nicht möglich gewesen wäre. Die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit bleiben jedoch von solchen methodischen Überlegungen unberührt.

7. Ausblick

Das Ziel dieser Arbeit war es, über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten einen Wandel im Angebot der Gesundheitsbildung an einer Berliner Volkshochschule festzustellen und aufzuzeigen, und diesen mit verschiedenen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Veränderungen in Beziehung zu setzen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse geben einen Einblick in mögliche kausale Zusammenhänge zwischen solchen Entwicklungen und veränderten Bildungsbedarfen und -bedürfnissen in der Bevölkerung.

Die Erkenntnisinteressen und Fragestellungen dieser Untersuchung waren für eine Masterarbeit von relativ geringem Umfang recht breit gefächert, und so werden am Ende vielleicht mehr Fragen aufgeworfen, als beantwortet werden konnten.

Trotzdem ist es gelungen, eine Verschiebung der thematischen Schwerpunkte nachzuweisen, mit der gleichzeitig eine Verschiebung der Lernformen einhergeht. Wenn auch das Kursangebot an verschiedenen Volkshochschulen sich gravierend voneinander unterscheidet, so ist doch davon auszugehen, dass es sich bei solchen Trends um generelle Erscheinungsformen handelt.

Ebenso ist zu vermuten, dass die Art und Weise, wie Gesundheit in einer Gesellschaft verstanden wird, und welchen Stellenwert sie einnimmt, sich im Programm einer Volkshochschule niederschlagen *muss*. Es wäre auf jeden Fall interessant, im Zuge einer ähnlichen Untersuchung eine größere Anzahl an Einrichtungen – vielleicht sogar aus verschiedenen Bundesländern – zu betrachten.

Auch bezüglich der Lernformen ließe sich durch eine anders angelegte Studie ein höherer Erkenntnisgewinn erzielen. Eine reine Programmanalyse erscheint dafür nicht das geeignete Instrument zu sein. Zielführender erscheint es, eine Reihe von Interviews mit

Kursleitenden verschiedener Themenbereiche zu führen, und diese als Basis für die Entwicklung differenzierterer Lerntypen zu verwenden. Wenn auch die Zuordnung der einzelnen Kurse zu den drei Typen in dieser Untersuchung sorgfältig durchgeführt wurde, konnte sie größtenteils doch nur aufgrund von Vermutungen erfolgen, da die Ankündigungstexte eine präzise Zuordnung nicht hergaben.

Ein weiterer interessanter Punkt betrifft den Einfluss der an einigen Stellen erwähnten (neuen) Medien. Auch diesbezüglich konnten hier lediglich Vermutungen über gewisse Zusammenhänge und Einflüsse angestellt werden. So könnten z.B. Berichte über neue Methoden und Techniken, die auf breites Interesse stoßen, letztendlich zu einer Teilnahmeentscheidung führen – vorausgesetzt natürlich, dass neue Trends rasch Eingang in die Programme finden. Als Beispiel kann die in den 1990er Jahren aufkommende Popularität von Pilates angeführt werden – einer Trainingsmethode, deren Entwicklung zu diesem Zeitpunkt bereits viele Jahrzehnte zurücklag. Ihr Siegeszug begann jedoch erst durch das erwachende Interesse am Anti-Aging und Wellness, und der Tatsache, dass sich Stars wie Madonna öffentlich als Pilates-Anhänger bekannten.

Zum Schluss bleibt noch zu erwähnen, dass für den Bereich der vor allem die Schaffung einer größeren wissenschaftlichen Basis wichtig und notwendig ist, um sie aus dem Schattendasein hinter anderen großen Themenbereichen der Erwachsenenbildung wie z.B. der politischen, der berufsbezogenen Bildung oder dem Sprachenlernen, zu befreien, denen sie in der Wichtigkeit für die Gesellschaft in nichts nachsteht. Sie trägt in ihrer heutigen Form vielmehr dazu bei, den Menschen eine Hilfestellung anzubieten, mit der sie ihre Gesundheit – und damit auch ihr privates und berufliches Leben – selbstbestimmt in die Hand nehmen, und zum Positiven verändern können. Nicht jedes einzelne Angebot aus diesem Programmbereich wird zu einer erhöhten Gesundheitskompetenz führen – manchmal ist Gymnastik auch einfach nur Gymnastik – die *Gesamtheit* der Kurse jedoch erfüllt diese von den Volkshochschulen selbstgestellte Anforderung durchaus.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arbeitskreis Gesundheit der vhs-Landesverbände (Hrsg.) (2003²). Qualitätsbausteine für die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Online abrufbar unter: http://www.vhs-rlp.de/fileadmin/user_data/pdf/programmbereiche/gesundheit/Qual_bst.pdf. Zugriffen: 17.04.2018.
- Bittner, G. (1994). „...daß Erziehungsarbeit etwas sui generis ist“ (S. Freud). Über Berührungspunkte, Unterschiede und unzulässige Vermischungen von Erziehung und Psychotherapie. In G. Schaufler (Hrsg.), *Schule der Gefühle: zur Erziehung von Emotion und Verhalten* (S. 62-87). Innsbruck, Wien: Tvrolia-Verlag.
- Blättner, B. (2014). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Gesundheitsbildung*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i031-1.0. Zugriffen: 17.04.2018.

- Blättner, B. (2007). Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung*, (2), S. 67-73. DOI 10.1007/s11553-007-0063-3. Online abrufbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11553-007-0063-3.pdf>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Blättner, B. (1998). *Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Blättner, B. (1997a). Paradigmenwechsel: Von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte. Methoden. Prävention. Versorgung. Politik* (S. 119-125). Bern: Hans Huber Verlag.
- Blättner, B. (1997b). Rahmenpläne als Vermittlungsinstrumente? Der Rahmenplan Gesundheitsbildung. *REPORT – Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung*, (40), S. 71-83.
- Böhme, G. (2012). Mens sana in corpore sano sit – Bildungsphilosophische Reflexionen. *Hessische Blätter für Volksbildung*, (01), S. 6-14.
- Bruns, W. (2013). *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Wiesbaden: Springer. DOI: 10.1007/978-3-658-00674-7.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzGA (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6*. Köln.
- Deutscher Volkshochschulverband (DVV) (2008). *Bildung für Gesundheit. Gemeinsam Zukunft gestalten*. Berlin: Oktoberdruck.
- Dietel, S. (2012). *Gefühltes Wissen als emotional-körperbezogene Ressource. Eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Fachkommission der Berliner Volkshochschulen (2014). *Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Individuelle Gesundheitsförderung und gesellschaftliche Bedeutung*. Online abrufbar unter: https://www.berlin.de/vhs/_assets/sonstiges/gesundheitsbildung_vhs_berlin_2014.pdf. Zugriffen: 17.04.2018.
- Franke, A. (2012³). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Franzkowiak, P. (2015a). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i102-1.0.
- Franzkowiak, P. (2015b). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Prävention und Krankheitsprävention*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i091-1.0.
- Gangl, V. (2015): „Gesundheit“ ist mehrdimensional. Grundlagen einer Gesundheitsbildung. In *Magazin erwachsenenbildung.at* (24). Online abrufbar unter: <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/15-24/meb15-24.pdf>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Gerlinger, T., & Schönwälder, T. (2012). *Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012*. Online abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72874/etappen>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Gieseke, W. (2003). Programmplanungshandeln als Angleichungshandeln. In W. Gieseke (Hrsg.), *Institutionelle Innensichten der Weiterbildung* (S. 189-211). Bielefeld: wbv.
- Gieseke, W., Opelt, K., Stock, K., & Börjesson, H. (2005). *Kulturelle Erwachsenenbildung in Deutschland. Exemplarische Analyse Berlin/Brandenburg*. Münster: Waxmann.

- Gieseke, W., & Opelt, K. (2003). *Erwachsenenbildung in politischen Umbrüchen. Das Programm der Volkshochschule Dresden 1945-1947*. Opladen: Leske + Budrich.
- Gnahn, D. (1998). Ankündigungstexte in der Erwachsenenbildung. *Grundlagen der Weiterbildung – Praxishilfen*. Neuwied: Luchterhand. 7.10.10.4.
- Grassmann, H. (2003). *Die vergessene Dimension – Gesundheitsbildung an Volkshochschulen*. Dissertation. Online abrufbar unter: https://kobra.bibliothek.unikassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-791/1/dis0812_04.pdf. Zugriffen: 17.04.2018.
- Haug, C. V. (1991). *Gesundheitsbildung im Wandel: die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health-Promotion“-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik*. Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt Verlag.
- Heise, P. (2015). Wellness und Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Transformationsprozesse. In R. Freericks & D. Brinkmann (Hrsg.), *Handbuch Freizeitsoziologie* (S. 353-383). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hippel, A. von (2011). Programmanalysen in der Erwachsenenbildung – am Beispiel einer exemplarischen Analyse medienpädagogischer Angebote. In W. Gieseke & J. Ludwig (Hrsg.), *Hans Tietgens. Ein Leben für die Erwachsenenbildung. Theoretiker und Gestalter in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dokumentation des Kolloquiums am 23.10.2009 an der Humboldt-Universität zu Berlin* (S. 224-231). Berlin: HU-Berlin.
- Hufer, K.-P. (2015). *Volkshochschulen*. Online abrufbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/kultur/politische-bildung/193581/volkshochschulen?p=all>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Huntemann, H., & Reichart, E. (2016). Volkshochschul-Statistik: 54. Folge, Arbeitsjahr 2015. DIE: Bonn. Online abrufbar unter: <https://www.die-bonn.de/doks/2016-volkshochschule-statistik-01.pdf>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2015). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Gesundheit*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i023-1.0.
- Hurrelmann, K. (1994³). *Sozialisation und Gesundheit: somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Kaba-Schönstein, L. (2017a). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. DOI 10.17623/BZGA:224-i033-1.0.
- Kaba-Schönstein, L. (2017b). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i034-1.0.
- Kaba-Schönstein, L., & Trojan, A. (2017). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZgA – Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i054-1.0.
- Käpplinger, B. (2008). *Programmanalysen und ihre Bedeutung für pädagogische Forschung*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research, 9, 1, Art. 37. Online abrufbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801379>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Kliche, T., Griebenow, B., Post, M., Richter, S., & Wormitt, K. (2009). *Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationsverfahrens für Entspannungs- und Stressbewältigungskurse der Volkshochschulen: Abschlussbericht*, Juni 2009. Online abrufbar unter: https://www.vhs-rlp.de/fileadmin/user_data/pdf/programmbereiche/gesundheit/Abschlussbericht_VHS_inkl_Vorwort_2_.pdf. Zugriffen: 17.04.2018.
- Kliche, T., Post, M., & Wormitt, K. (2010). Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung. Wirkungen der Entspannungs- und Stressbewältigungsangebote an Volkshochschulen. *DIE*

- Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, (04) (S. 46-48). Online abrufbar unter: <http://www.diezeitschrift.de/42010/gesundheitsbildung-01.pdf>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Kluge, S. (1999). *Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Körber, K., Kuhlenkamp, D., Peters, R., Schlutz, E., Schrader, J., & Wickhaus, F. (1995). *Das Weiterbildungsangebot im Lande Bremen. Strukturen und Entwicklungen in einer städtischen Region*. Bremer Texte zur Erwachsenen-Bildungsforschung 2. Bremen: Strukturkommission Weiterbildung des Senats der Freien Hansestadt Bremen.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Meinecke, G. (1957). *Gesundheitserziehung. Ihre psychologischen Voraussetzungen und ihre zeitgemäße Organisation*. In Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens (Heft 4). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Nefiodow, L. A. (2006⁶). *Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*. Sankt Augustin: Rhein-Sieg.
- Nolda, S. (2015). Programmanalyse in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung – Methoden und Forschungen. R. Tippelt & A. von Hippel (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. Springer Reference Sozialwissenschaften, DOI 10.1007/978-3-531-20001-9_22-1.
- Nolda, S. (2011). Programmanalyse – Methoden und Forschungen. In R. Tippelt, & A. von Hippel (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (S. 293-307). Wiesbaden: VS Verlag.
- Nolda, S. (2003). Paradoxa von Programmanalysen. In W. Gieseke (Hrsg.), *Institutionelle Innen-sichten der Weiterbildung* (S. 212-227). Bielefeld: wbv.
- Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes – PAS des DVV (Hrsg) (1985). *Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen*. Bonn.
- Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes – PAS des DVV (Hrsg) (1984). *Statistische Mitteilungen des deutschen Volkshochschulverbandes. Arbeitsjahr 1984*. Frankfurt.
- Pehl, K. (2012). 50 Jahre Volkshochschul-Statistik. Rückblicke eines Insiders a. D. In P. Brandt (Hrsg.), *Monitoring (in) der Weiterbildung. DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, (4), S. 26-31.
- Robak, S. (2012). *Programmanalysen: Einführung in die Erstellung von Codesystemen*. Online abrufbar unter: https://www.die-bonn.de/institut/dienstleistungen/servicestellen/programmfor-schung/methodische_handreichungen/codiersysteme/Programmanalyse-Codesysteme-Ro-bak.pdf. Zugriffen: 17.04.2018.
- Rosenbrock, R. (1998). Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland: Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, WZB Discussion Paper, No. P 98-201. Online abrufbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/47378>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Scheftschick, A. (2005). Wellness lernen: Anforderungen an eine Freizeitdidaktik in der Gesundheitsbildung unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit. *Spektrum Freizeit*, 27(I), S. 116-129.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15, 1, Art.

18. Online abrufbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>. Zugriffen: 17.04.2018.
- Siebert, H. (2010). *Methoden für die Bildungsarbeit: Leitfaden für aktivierendes Lehren*. Bielefeld: wbv.
- Siebert, H. (1990). Didaktik der Gesundheitsbildung. In H. Sperling (Bearb.), *Zusatzqualifikation – Berufsfelderweiterung für Pädagoginnen und Pädagogen. Gesundheit. Band 2* (S. 55-76). Oldenburg.
- Waller, H. (2006⁴). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO*. Kopenhagen.
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1986). *Ottawa-Charta for Health Promotion*. Genf. Online abrufbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Zugriffen: 17.04.2018.
- Weltgesundheitsorganisation – WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Genf. Online abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>. Zugriffen: 17.04.2018.

Onlinequellen

Berlin.de:

Bezirksamt Mitte: <https://www.berlin.de/ba-mitte/ueber-den-bezirk/ortsteile/>.

Zugriffen: 17.04.2018.

Die Berliner Volkshochschulen: <https://www.berlin.de/vhs/kurse/>. Zugriffen: 17.04.2018.

DVV (Deutscher Volkshochschul-Verband):

Volkshochschulen: <https://www.dvv-vhs.de/der-verband/volkshochschulen/>.

Zugriffen: 17.04.2018.

Focus.de: <https://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/antiaging/lifestyle/>.

Zugriffen: 17.04.2018.

The New York Times Magazine: <http://www.nytimes.com/2010/04/18/magazine/18FOB-onlanguage-t.html>. Zugriffen: 17.04.2018.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Dichotomie von Gesundheit und Krankheit	11
Abb. 2: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	14
Abb. 3: Dynamik des SOC	14
Abb. 4a: Übersichtsgrafik Lebensfelder	28
Abb. 4b: Übersichtsgrafik Inhaltsbereiche	29
Abb. 5: Zuwachs im Bereich Gesundheit von 1984 bis 2015 (Anzahl Kurse)	39
Abb. 6a: Kurse und UE der Berliner VHSn	42
Abb. 6b: Kurse und UE der Berliner VHSn im PB3 - Gesundheit	43
Abb. 7a: Gesamtanzahl der Kurse 1984 und 1994 für Wedding und Tiergarten	51
Abb. 7b: Gesamtanzahl der Kurse 1994 und 2015	52
Abb. 8a: Gesamtanzahl der UE 1984 und 1994 und durchschnittliche UE/Kurs für Wedding und Tiergarten	52
Abb. 8b: Gesamtanzahl der UE 1994 und 2015 und durchschnittliche UE pro Kurs	53
Abb. 9: Gesamt-Kurse in der Kategorie 1 (Anteil am Gesamtprogramm in %)	55
Abb. 10: Gesamt-Kurse Kategorie 2 (Anteil am Gesamtprogramm in %)	58

Tabellenverzeichnis

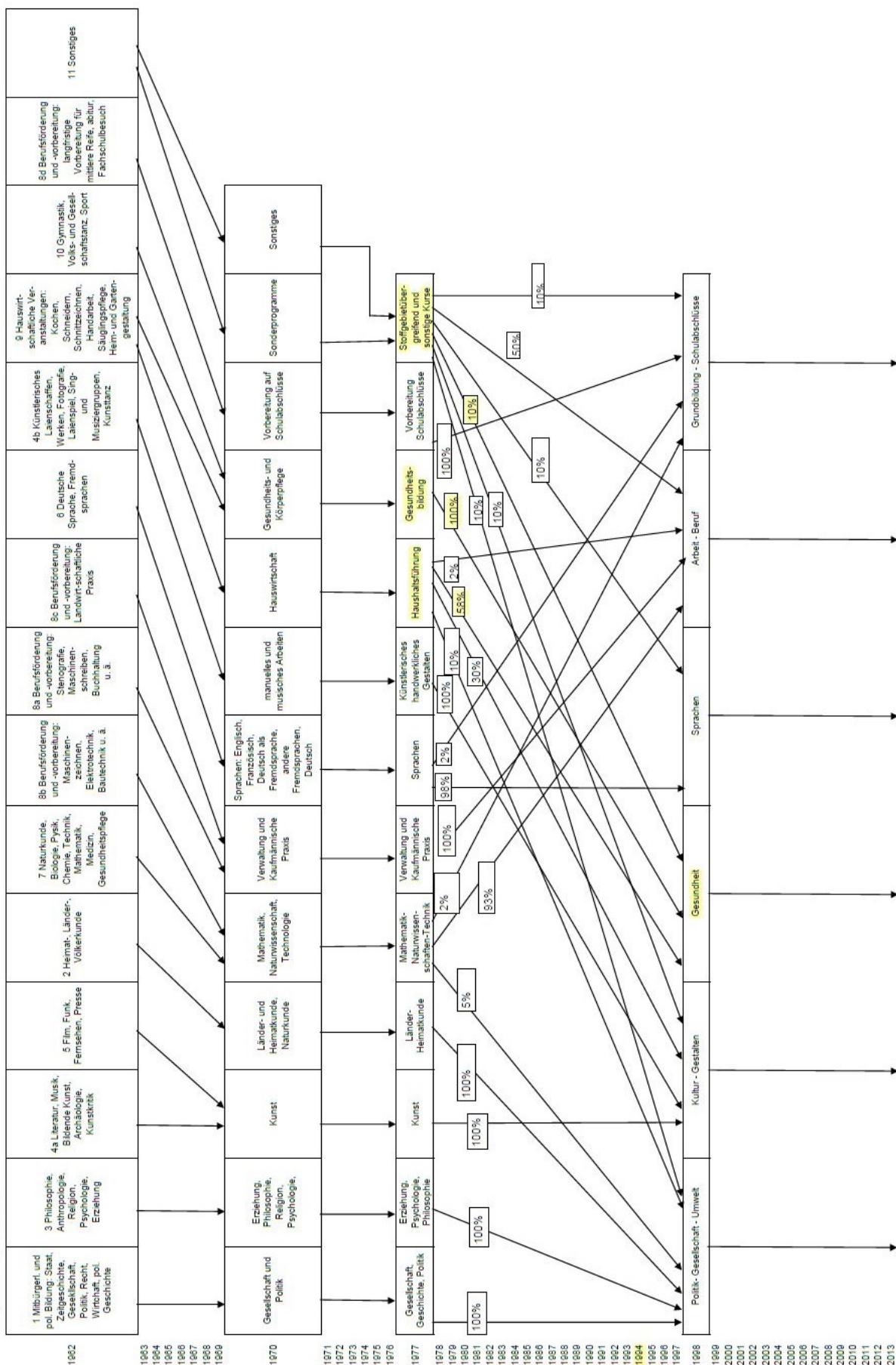
Tabelle 1: Kurse und UE nach Stoffgebieten 1984 (Deutschland/Berlin gesamt) mit prozentualem Anteil am Gesamtangebot	38
Tabelle 2: Kurse und UE nach Programmbereichen 2015 (Deutschland/Berlin gesamt) mit prozentualem Anteil am Gesamtangebot	39
Tabelle 3: Geschlechterverteilung in den Kursen der Gesundheitsbildung 1984 und 2015	40
Tabelle 4: Altersverteilung in den Kursen der Gesundheitsbildung 1984 und 2015	41
Tabelle 5: Bestimmung der UE	46
Tabelle 6: Lernformen der Gesundheitsbildung	50
Tabelle 7: Kategorie 1 – Die Ober- und Unterkategorien im Überblick	54
Tabelle 8: Kurse mit/ohne Gesundheitsbezug im Bereich Ernährung (Anteil am Gesamtprogramm in %)	57
Tabelle 9: Veränderungen innerhalb der Kategorien im Überblick	59

Tabelle 10: Veränderung der Verteilung der Lernformen auf die Themenbereiche im Überblick (Anteil am Gesamtprogramm in %)	60
--	----

Anhang

Anhang 1: Übersicht über die Entwicklung der Stoffgebiete zu Programmbereichen von 1962 bis 2013 (Quelle: Huntemann, H. (2014). Datenbericht Volkshochschul-Statistik, S. 41. Verfügbar unter: https://www.die-bonn.de/weiterbildung/statistik/vhs-statistik/Datenbericht_VHS%20Statistik_20141218.pdf . Zugegriffen: 17.04.2018).	73
Anhang 2: Kategoriensystem	74
Anhang 3: Kombinierte Übersicht Kategorien 1 und 2 für die Jahre 1984 und 2015	80

Stoffgebiete - Programmbereiche



Kategorie 1: Themenschwerpunkte

A – Erkrankungen und Heilmethoden

Definition: Kategorie A fasst solche Angebote zusammen, in denen **SCHWERPUNKTMÄßIG** Wissen (theoretisch und praktisch) zum Umgang und/oder zur Behandlung verschiedener körperlicher und auch seelischer Beschwerden (sowohl präventiv als auch kurativ) vermittelt wird.

Themen	Definition	Beispiele (Titel und/oder Stichworte)
A1 MASSAGE	Alle Kurse, in denen eine Massagetechnik erlernt werden soll	Massage, Lymphdrainage <i>Nicht:</i> Babymassage (siehe E2)
A2 ALTERNATIVE HEILMETHODEN	Kurse, in denen Verfahren vermittelt werden, die den Naturheilverfahren zugeordnet werden können	Alexander-Technik, Feldenkrais®, Ayurveda
A3 ABHÄNGIGKEITEN	Alle Kurse, die sich mit Suchtformen beschäftigen	Alkoholismus, Rauchen
A4 SPEZIALTRAINING	Alle Kurse, die speziell zur Stärkung meist bestimmter "Problemregionen" des Körpers angeboten werden	Rücken- und Wirbelsäulengymnastik, Sehtraining, Anti-Streß-Gymnastik, "Gymnastik für Rheumakranke", Pfliegerische Gymnastik
A5 PHYSISCHE ERKRANKUNGEN	Alle Kurse mit dem Schwerpunkt körperliche Erkrankungen	
A6 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND BELASTUNGEN	Alle Kurse mit dem Schwerpunkt psychische Erkrankungen und Belastungen	Demenz, Stress, Sterben und Trauer, Selbstmord

B – Körperarbeit

Definition: Schwerpunkt der Angebote in der Kategorie B ist die *körperliche* Ertüchtigung, also das Erlernen und Ausführen bestimmter Übungen, Sportarten und Trainings.

Themen	Definition	Beispiele (Titel, Stichworte) und Ausnahmen
B1 GYMNASTIK	Alle Kurse mit "Gymnastik" im Titel	<i>Ausnahme:</i> Spezialgymnastik (siehe A4)
B2 ZUMBA®	Alle Zumba®-Fitness-Kurse	
B3 PILATES	Alle Pilates-Kurse	
B4 TANZ	Alle Kurse, in denen das Erlernen von Tanzstilen oder das Tanzen an sich im Vordergrund steht	

B5	SELBSTVERTEIDIGUNG	Alle Kurse, in denen Selbstverteidigungstechniken erlernt werden	Nicht: "Kick Box trifft Fitness" (siehe B8)
B6	WALKING	Alle Walking-Kurse	
B7	AQUAFITNESS	Alle Aquafitness-Kurse	
B8	KRAFT UND AUSDAUER, KOMBINATIONSKURSE	Alle Kurse zum Muskelaufbau, zur körperlichen Fitness und der allgemeinen Kräftigung und Stärkung des Körpers.	"Ich beweg mich – Fit im Alltag", Aerobic-Kurse, Body Fit, Fatburner, "Kickbox trifft Fitness", (Power-)Workout, "Bewusst bewegt", Mobil(ität), Kraftaufbau
B9	SPORT	Alle Kurse, in denen bestimmte Sportarten erlernt werden, bzw. Kurse zur Vorbereitung auf ein Sportabzeichen.	"Vorbereitung zur Ablegung der Prüfung für das Deutsche Sportabzeichen", Volleyball

C – Körpererfahrung und Entspannungstechniken

Definition: Schwerpunkt der Angebote der Kategorie C ist – teilweise neben körperlicher Erleichterung – der Aufbau, bzw. die Stärkung eines ganzheitlichen Körperbewusstseins und/oder das Erlernen und Durchführen (meist traditioneller) Entspannungsmethoden. Neben dem Hineinspüren in sich selbst soll meist auch zu veränderten Sichtweisen (zumeist über sich selbst und die eigenen eingeschulenen Verhaltens- und Denkmuster) angeregt werden.

	Themen	Definition	Beispiele (Titel und/oder Stichworte)
C1	YOGA	Alle Yoga-Kurse	
C2	TAI JI (T'AI CHI)	Alle Tai-Ji-Kurse	
C3	QI GONG	Alle Qi-Gong-Kurse	
C4	MEDITATION	Alle Meditations-Kurse	
C5	AUTOGENES TRAINING	Alle Kurse zum Autogenen Training	
C6	MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION)	Alle MBSR-Kurse	"Stressbewältigung durch Achtsamkeit"
C7	GESANG	Alle Kurse, in denen Gesang als Entspannungstechnik praktiziert wird.	"Entspannung durch Gesang"
C8	PMR (PROGRESSIVE MUSKELRELAXATION)	Alle PMR-Kurse	
C9	SONSTIGE	Alle Kurse, die die Ziele der Kategorie C verfolgen, und in keine der obigen Unterkategorien passen	"Kalligraphie"

D – Ernährung

[Im Programm von 1984 war die (Gesunde) Ernährung noch nicht im Gesundheitsbereich integriert, sondern im Bereich Hauswirtschaft]

Definition: Kategorie D umfasst **alle Angebote zum Thema Ernährung**.

Zusätzlich wird für jedes Angebot noch eine Einteilung in x – *mit erkennbarem Gesundheitsbezug* und y – *ohne erkennbaren Gesundheitsbezug* vorgenommen

	Themen	Definition	Beispiele (Titel und/oder Stichworte)
D1	ALTERNATIVE ERNÄHRUNGSWEISEN/DIÄTFORMEN	Alle Kurse, die bestimmte Ernährungsweisen oder Diätformen zum Thema haben	"Wege zur gesunden Ernährung", "Ernährungsbe-wußtsein und Verhalten", "Vegan – Basic", Ge-wichtsabnahme <i>Nicht:</i> z. B. "Vegetarische Ofenhits" (siehe D3)
D2	GRUNDLAGEN-KOCHKURSE	Alle Grundlagen-Kochkurse	Basic-Kochkurs, Grundlagen <i>Ausnahme:</i> Bezug zu Haushaltsführung (siehe D4)
D3	INTERKULTURELLE KOCHKURSE	Alle Kurse zur "praktischen Ernährungslehre" – sprich: <i>Kochkurse</i> aller Art	"Türkische Küche", "Die besten Weihnachtsplätz-chen", "Der perfekte Braten", usw.
D4	MIT BEZUG ZU HAUSHALTSFÜHRUNG	Alle Kurse, die neben dem Kochen Kenntnisse zur Haushaltsführung vermitteln	"Haushaltsführung und Kochen für junge Erwach-sene", "Hauswirtschaftliche Grundkenntnisse" <i>Nicht:</i> Zusatz "Außerdem erhalten Sie Tips, wie Sie in der Küche Energie einsparen können", ansons-ten "normaler" Kochkurs
D5	MIT ZIELGRUPPENANSPRACHE/THEMEN-KURSE	Alle Kurse, die sich an eine bestimmte Zielgruppe wenden oder mit Bezug zu speziellen Anlässen	"Schnelle Rezepte für den Feierabend", "Kochen ohne Zeit", "Tips für die schnelle und preiswerte Kü-che", Kochen und Basteln für Kinder", "Jugend-Party", "Kochen für Senioren"
x	MIT ERKENNBAREM GESUNDHEITSBEZUG	Alle Kurse, die im Titel und/oder im Ankündigungs-text einen (oder mehrere) Hinweis(e) darauf geben, dass der Gesundheitsaspekt im Kurs Beachtung findet	Gesundheit, gesunde Ernährung, Vollwertküche, ausgewogene Ernährung, kalorienbewusst, fettarm & leicht, Ernährungsinformationen, Vitaminspender, Vitamine und Mineralstoffe
y	OHNE ERKENNBAREN GESUNDHEITSBEZUG	Die Gesundheit wird weder im Titel noch im Ankün-digungstext erwähnt. Es handelt sich um Kurse nach dem Motto: Kochen nach Rezept.	<i>Keine Hinweise auf den Gesundheitsaspekt</i>

E – Gesundheitspflege

Definition: Kategorie E fasst solche Angebote zusammen, die traditionell zum Standardangebot der allgemeinen Gesundheitsbildung gehören. **Schwerpunkt-mäßig** geht es um die Körperpflege und -gesundheit.

	Themen	Definition	Beispiele (Titel und/oder Stichworte)
E1	KÖRPER UND KÖRPERPFLEGE	Alle Kurse, die die Körperfunktionen, die Körperpflege und den Umgang mit der eigenen "Körperlichkeit" zum Thema haben	"Menstruation und Frauenstärke", "Kosmetik als Prophylaxe zur Gesunderhaltung der Haut und des Körpers", Sexualität, "Informationen über körperliche Zusammenhänge"
E2	SÄUGLINGSPFLEGE	Alle Kurse, die sich an werdende bzw. "junge" Eltern richten, und sich mit der Pflege von Neugeborenen beschäftigen	Babymassage, "Windelfrei", "Schnelle Hilfe für Eltern" Ausnahme: "Erste Hilfe bei Säuglingen und Kleinkindern" (siehe E3)
E3	ERSTE HILFE	Alle Kurse, die Techniken der Ersten Hilfe vermitteln	

F – Kategorienübergreifende Kurse

[Sonderkategorie – nicht zuordenbare Kurse]

Definition: Kategorie F umfasst **alle Angebote, die sich nicht eindeutig einer bestimmten Kategorie zuordnen lassen**. Das bedeutet, es handelt sich dabei um Kurse, die Elemente *mehrerer* Ober- und Unterkategorien enthalten, ohne dass dabei ein Schwerpunkt erkennbar ist.

Beispiele: "Bewegungs- und Denkaufgaben werden mit Wahrnehmungsübungen kombiniert", "Techniken zur Lockerung und Durchblutung wie Akupressur, Shiatsu und klassische Massage in Kombination mit Stretching, einfacher Chiropraktik und An- und Entspannungstechniken nach Jacobson [...] Dazu Übungen zur Kräftigung und Entspannung der Muskeln als Prävention", "gymnastische Übungen für den ganzen Körper [...] Empfehlungen zur Ernährung [...] geführte Meditation im Sitzen".

Kategorie 2: Lernformen

Entstehung durch die Zuteilung eines jeden Kurses zu einer Form der **Wissensvermittlung** durch die Kursleitung (systematisch oder reflexiv) und einer **Partizipationsform** der Teilnehmenden (rezeptiv oder selbsttätig).

Bei systematischer Wissensvermittlung steht die Information über gesundheitliche Themen, bzw. die Erläuterung bestimmter Techniken oder Handlungsabläufe im Vordergrund. Kommt dazu noch eine reflexive Komponente, also z. B. durch kommunikativem Austausch innerhalb der Lerngruppe über theoretische Inhalte, oder ein In-sich-Hineinspüren, um eine bewusste Verbindung von Körper und Geist herzustellen, handelt es sich um reflexive Wissensvermittlung. Die geplante Partizipation der Teilnehmenden wurde als rezeptiv eingestuft, wenn die Teilnehmenden lediglich neue Kenntnisse erwerben, diese jedoch während des Kurses nicht selbst umsetzen sollten; eine Einstufung als selbsttätig erfolgte, wenn die Teilnehmenden im Kursverlauf selbst aktiv werden sollten.

Daraus ergeben sich vier Typen, von denen zwei zu einer zusammengefasst wurden (systematisch-rezeptiv und reflexiv-rezeptiv).

Partizipationsform	Form der Wissensvermittlung	
	systematisch	reflexiv
rezeptiv	I – Lernen als funktionaler Wissenserwerb	
selbsttätig	II – Lernen als Einübung (gesundheitsfördernden Verhaltens)	III – Lernen als Selbstwahrnehmung/Identitätsbildung

Die Typen werden wie folgt beschrieben:

Typ I: Lernen als funktionaler Wissenserwerb

Bei dieser Lernform werden die Lerninhalte von den Teilnehmenden im Kurs lediglich geistig aufgenommen, aber nicht aktiv umgesetzt und verarbeitet. Unter diesen Typ wird sowohl die systematische, als auch die reflexive Form der Wissensvermittlung gefasst – insgesamt handelt es sich hierbei um theoretische Wissensvermittlung, bei der die Teilnehmenden z. B. Kenntnisse über "Symptome und Ursachen von Krankheiten, über Zusammenhänge von psychischen und organischen Prozessen, über Mittel der Gesundheitsförderung, über gesunde Ernährung" (Siebert 1990, S. 57 f.), aber auch über Alternativen zur traditionellen Schulmedizin erwerben können.

Typ II: Lernen als Einübung gesundheitsfördernden Verhaltens

Bei dieser Lernform steht die Handlungsorientierung im Vordergrund. An jeweils passender Stelle im Stunden-, bzw. Kursverlauf findet theoretische Wissensvermittlung in Form kurzer Input-Phasen oder als methodische Anleitung zum Erlernen einer bestimmten Technik statt. Es geht um das Ausprobieren von bestimmten Methoden, Sportarten, Rezepten usw., um so die Voraussetzungen für die Umsetzung des Gelernten im Alltag zu schaffen (vgl. Schefftschick 2005, S. 122 f.). Das Lernziel besteht z. B. in der Beherrschung der spezifischen, gesundheitsfördernden Technik oder Methodik des jeweiligen Kurses.

Typ III: Lernen als Selbstwahrnehmung/Identitätsbildung

Auch bei dieser Lernform ist die Selbsttätigkeit der Teilnehmenden von entscheidender Bedeutung. Neben der Vermittlung der praktischen Grundlagen einer bestimmten Technik oder Methodik wie beim Typ II geht es hier um die Erweiterung und Vertiefung des Körperbewusstseins. Die Fachkommission Gesundheit der Berliner VHSn formulierte 2014: "Mittels Reflexionsphasen, Körperreisen, Selbst- und Fremdanalyse eingefrorener Bewegungen, Haltungs- oder Bewegungsspiegelung in Partnerarbeit und anderer geeigneter Methoden, die in den Kursablauf integriert werden, setzen sich die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer mit ihren Haltungs- und Bewegungsmustern auseinander, indem sie sich beispielsweise folgenden Fragen stellen: Wie stehe ich? Wie bewege ich mich? Wie ist meine Körperhaltung? Wie fühlt es sich an, wenn ich neue, physiologisch adäquatere Haltungen ausprobieren?" (FK Gesundheit 2014, S. 6). In Körperwahrnehmungsübungen und in Reflexionsphasen können positive Veränderungen so letztendlich erlebt und bewusst gemacht werden (vgl. ebd.).

1984	Kategorie 2			
	I – Lernen als funktionaler Wissens- erwerb	II – Lernen als Einübung gesundheitsfördernde n Verhaltens	III – Lernen als Selbstwahrnehmung /Identitätsbildung	Gesamt
Kategorie 1	34	132	45	211
A – Erkrankungen und Heilmethoden	18	8	10	36
1 Massage				
2 Alternative Heilmethoden				
3 Abhängigkeiten	9			
4 Spezialtraining		8		
5 Physische Erkrankungen	3			
6 Psychische Erkrankungen und Belastung	6		10	
B – Körperarbeit	0	92	2	94
1 Gymnastik		38	2	
2 Zumba®				
3 Pilates				
4 Tanz		31		
5 Selbstverteidigung		8		
6 Walking				
7 Aquafitness				
8 Kraft und Ausdauer, Kombinationskurse				
9 Sport		15		
C – Körpererfahrung und Entspannungstechniken	0	0	29	29
1 Yoga			10	
2 Tai Ji			3	
3 Qi Gong				
4 Meditation				
5 Autogenes Training			14	
6 MBSR				
7 Gesang				
8 PMR				
9 Sonstige			2	
D – Ernährung	4	24	0	28
1 Alternative Ernährungsweisen/Diätformen	4			
2 Grundlagen-Kochkurse				
3 Interkulturelle Kochkurse		9		
4 Mit Bezug zu Haushaltsführung		2		
5 Mit Zielgruppenansprache /Themenkurse		13		
Gesundheitsbezug	4	24	0	28
x mit Gesundheitsbezug	4	3		7
y ohne Gesundheitsbezug		21		21
E – Gesundheitspflege	12	8	0	20
1 Körper und Körperpflege	11	2		
2 Säuglingspflege	1	4		
3 Erste Hilfe		2		
F – Kategorienübergreifende Kurse			4	4
hellgrau unterlegt: keine Angebote				
dunkelgrau unterlegt: keine Angebote im Jahr 2015				

2015	Kategorie 2			
	I – Lernen als funktionaler Wissens- erwerb	II – Lernen als Einübung gesundheitsfördernden Verhaltens	III – Lernen als Selbstwahrnehmung /Identitätsbildung	Gesamt
Kategorie 1	14	254	182	450
A – Erkrankungen und Heilmethoden	8	35	26	69
1 Massage		15		
2 Alternative Heilmethoden	4	4	24	
3 Abhängigkeiten				
4 Spezialtraining		16	2	
5 Physische Erkrankungen				
6 Psychische Erkrankungen und Belastungen	4			
B – Körperarbeit	0	144	3	147
1 Gymnastik		21		
2 Zumba®		17		
3 Pilates		37		
4 Tanz				
5 Selbstverteidigung				
6 Walking		4		
7 Aquafitness		8		
8 Kraft und Ausdauer, Kombinationskurse		57	3	
9 Sport				
C – Körpererfahrung und Entspannungstechniken	0	0	149	149
1 Yoga			83	
2 Tai Ji			20	
3 Qi Gong			15	
4 Meditation			7	
5 Autogenes Training			7	
6 MBSR			4	
7 Gesang			9	
8 PMR			2	
9 Sonstige			2	
D – Ernährung	2	69	0	71
1 Alternative Ernährungsweisen/Diätformen	2	2		
2 Grundlagen-Kochkurse		5		
3 Interkulturelle Kochkurse		55		
4 Mit Bezug zu Haushaltsführung				
5 Mit Zielgruppenansprache /Themenkurse		7		
Gesundheitsbezug	2	69	0	71
x mit Gesundheitsbezug	2	18		20
y ohne Gesundheitsbezug		51		51
E – Gesundheitspflege	4	6	3	13
1 Körper und Körperpflege	4			
2 Säuglingspflege		4	3	
3 Erste Hilfe		2		
F – Kategorienübergreifende Kurse			1	1
dunkelgrau unterlegt: keine Angebote				
hellgrau unterlegt: keine Angebote im Jahr 1984				

Bisher erschienene Themen der Reihe: Erwachsenenpädagogischer Report

- | | |
|---------|---|
| Band 1 | Gieseke, W.; Reichel, J.; Stock, H.
Studienkultur im Umbruch. Berlin: Humboldt-Univ., 2000 |
| Band 2 | Depta, H.; Goralska, R.; Pólturzycki, J.; Weselowska, E.-A.
Studienkultur an den polnischen Universitäten. Berlin: Humboldt-Univ., 2000 |
| Band 3 | Studienleitfaden Erwachsenenpädagogik an der Humboldt-Universität.
Berlin: Humboldt-Univ., 2000 (aktual. 2001, 2002) |
| Band 4 | Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung in Berlin. Handbuch
2000 / zusammengest. u. bearb. v. Heidi Raczek. Berlin: Humboldt-Univ.,
2001 |
| Band 5 | Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung in Brandenburg.
Handbuch 2003 / zusammengest. u. bearb. v. Heidi Raczek. Berlin: Hum-
boldt-Univ., 2004 |
| Band 6 | Deutsch-polnische Forschergruppe (Hrsg.):
Interkulturelle Betrachtungen kultureller Bildung in Grenzregionen – mit
Buckower Empfehlungen. Berlin: Humboldt-Univ., 2005 / 2., leicht bearb.
Aufl. 2006; 3. Aufl. 2012 (Europäisierung durch kulturelle Bildung. Bildung
– Praxis – Event; Bd. 3) |
| Band 7 | Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung in Berlin. Handbuch
2004 / zusammengest. u. bearb. v. Heidi Raczek. Berlin: Humboldt-Univ.,
2005 |
| Band 8 | Otto, S. (jetzt verh. Dietel)
Negativität als Bildungsanlass? Pilotstudie über negative Gefühle. Magis-
ter-Abschlussarbeit. Berlin: Humboldt-Univ., 2005 |
| Band 9 | Schäffter, O.; Doering, D.; Geffers, E.; Perbandt-Brun, H.
Bildungsarbeit mit Zeitzeugen. Konzeption und Realisierungsansätze. Ber-
lin: Humboldt-Univ., 2005 |
| Band 10 | Fleige, M.
Erwachsenenbildung in gesellschaftlichen Umbrüchen. Eine Institutionen-
und Programmstudie am Beispiel der Berliner Evangelischen Akade-
mien(n) 1987 – 2004. Magister-Abschlussarbeit. Berlin: Humboldt-Univ.,
2007 |
| Band 11 | Qualitative Forschungsverfahren in Perspektivverschränkung. Dokumenta-
tion des Kolloquiums anlässlich des 60. Geburtstages von Frau Prof. Dr.
Wiltrud Gieseke am 29. Juni 2007. Berlin: Humboldt-Univ., 2007 (2. Aufl.
2009) |

- Band 12 Pihl, S.
Betrachtung der Zusammenhänge zwischen dem Instrument Assessment Center und der Unternehmens- und Lernkultur einer Institution. Abschlussarbeit im „Zusatzstudiengang Erwachsenenpädagogik“. Berlin: Humboldt-Univ., 2008
- Band 13 Kremers-Lenz, C.
Die Verknüpfung von LQW als Qualitätssicherungsprozess mit Ansätzen der Organisationsentwicklung. Qualitätskriterien für das Callcenter der Volkshochschule Berlin Mitte (City VHS) – Analyse eines Praxisbeispiels. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2008
- Band 14 Keppler, S.
Vergleichende Analyse des Programmplanungshandelns in der beruflichen Weiterbildung in Sønderjylland und Schleswig – Fokus Bedarfsermittlung und Angebotsentwicklung. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III. Berlin: Humboldt-Univ., 2008
- Band 15 Eggert, B.
Der Audioguide als Medium der Erwachsenenbildung im Museum. Exemplarische Analysen von Hörtexten hinsichtlich der Sprecherrolle und der Rolle des impliziten Zuhörers. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2010
- Band 16 Gieseke, W./Ludwig, J. (Hrsg.)
Hans Tietgens. Ein Leben für die Erwachsenenbildung. Theoretiker und Gestalter in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Dokumentation des Kolloquiums am 23.10.2009 an der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin: Humboldt-Univ., 2011. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/18548>. DOI 10.18452/17885
- Band 17 Genschow, A.
Soziale Zuordnung oder individuelle Betrachtung von Ratsuchenden? Weiterbildungsberatung im Spannungsfeld. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2010
- Band 18 Pohlmann, C.
Ethik – kein Thema in der Erwachsenenbildung? Synchrone und diachrone Vergleichsanalysen von Kursangeboten zu ethischen Fragen. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2011 (2. Aufl. 2016)
- Band 19 Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Weiterbildung in Berlin. Handbuch 2012 (Arbeitstitel) (nicht erschienen)

- Band 20 Elias, S.
Interkulturelle Qualifizierung in der hochschulinternen Weiterbildung – eine Programmanalyse. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2011
- Band 21 Vorberger, S.
Gender-Konstruktionen in Ankündigungstexten in der Erwachsenenbildung. Bachelorarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profildbereich III. Berlin: Humboldt-Univ., 2012 (2. Aufl. 2014)
- Band 22 Jubin, B.
Weiterbildungspflicht in hoch qualifizierten Berufen am Beispiel der Ingenieure – Focus organisationale Strukturen und Programmplanung. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2012
- Band 23 Schaal, A.
Die Bedeutung der subjektwissenschaftlichen Lerntheorie von Klaus Holzkamp im erwachsenenpädagogischen Diskurs. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2012
- Band 24 Troalic, J.
Interkulturalität und Beratung. Bedarfs- und bedürfnisorientierte Bildungsberatung für erwachsene Personen mit Migrationshintergrund. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profildbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2012
- Band 25 Neu, S.
Lernwiderstände bei Erwachsenen beim Sprachenlernen. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2013
- Band 26 Steinkemper, K.
Über den Umgang mit Emotionen in Diversity Trainings. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2013
- Band 27 Sabella, A. P.
Bildung im Alter: Funktion der Bildungsangebote für Erwachsene über 50 Jahre am Beispiel des Centro Cultural Ricardo Rojas in Buenos Aires, Argentinien. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2013
- Band 28 Devers, T.
Erhebung der Lernkultur am Beispiel des neuen Berufsausbildungsganges des Sozialassistenten in Berlin am IB GIS Medizinische Akademie. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2013

- Band 29 Güssefeld, N.
Die Führungskraft als erster Personalentwickler. Rollenwahrnehmung am Beispiel Kompetenzentwicklung. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Weiterbildung/Lebensbegleitendes Lernen/Berufsbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2013
- Band 30 Herz, N.
Transformatives Lernen im ASA-Programm – Analyse von Lernprozessen in einem entwicklungspolitischen Bildungsprogramm. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2013
- Band 31 Sieberling, I.
Welche Bedeutung haben nachfrageorientierte Förderprogramme beruflicher Weiterbildung für Bildungseinrichtungen? Eine exemplarische Untersuchung des *Bildungsscheck* Brandenburg. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Weiterbildung/Lebensbegleitendes Lernen/Berufsbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2014
- Band 32 Meixner, J.
Transferwirkungen Kultureller Bildung – eine triangulative Untersuchung des politischen Bildungsprojekts „Kulturschock“. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich II: Internationale Bildungsforschung und Bildungsexpertise. Berlin: Humboldt-Univ., 2014
- Band 33 Glaß, E.
Weiterbildungsgutscheine und Geschlecht. Eine Fallanalyse zur Nutzung des Bildungsschecks Brandenburg. Bachelorarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profil III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2014
- Band 34 Hinneburg, V.
Frauenbildung im Wandel – Eine exemplarische Programmanalyse der Einrichtung „Flotte Lotte“. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2014
- Band 35 Helmig, M.
Kultureinrichtungen als Orte kultureller Erwachsenenbildung. Eine kritische Analyse beigeordneter Bildung am Beispiel des Jüdischen Museums Berlin. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2014
- Band 36 Freide, S.
Der Kompetenzbegriff in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Inhaltsanalytische Betrachtung einer Gruppendiskussion hinsichtlich eines möglichen Zertifizierungssystems zur Anerkennung von Kompetenzen für Lehrende in der Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2014

- Band 37 Römer, S.
Familienbildung als Aufgabe der Erwachsenenbildung. Programmanalyse familienbildungsbezogener Bildungsangebote an einer Berliner Volkshochschule. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profildbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2014 (2. Aufl. 2016)
- Band 38 Stelzer, G.
Langeweile im Spannungsfeld von Kompetenzentwicklung und Bildung. Diplomarbeit im Diplomstudiengang „Medizin-/Pflegepädagogik“; Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Univ. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 39 Hurm, N.
Die Erarbeitung von emotionaler Kompetenz am Beispiel des Konzeptes „Emotional Literacy“ nach Claude Steiner. Masterarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profildbereich III: Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 40 Braun, S.
„Sind Sie zum Studieren nicht ein wenig zu alt?“ Altersbilder in der Gesellschaft und ihre Umsetzung an der Universität am Beispiel von Seniorstudenten. Bachelorarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profildbereich III. Berlin: Humboldt-Univ., 2014. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 41 Thrauf, N.
Diagonale/hybride Aneignungsmomente – Entfremdung und Lernen im Erwachsenenalter. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 42 Hecht, C.
Professionalittsentwicklung von WeiterbildnerInnen. Fortbildungsangebote im Bereich Programmplanung. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 43 Wessa, P.
Lernprozesse von Erwachsenen und Kindern – ein pädagogisches Experiment. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 44 Seifert, K.
Programmplanungshandeln an Zentren für Hochschullehre. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2015
- Band 45 Mecarelli, L.
Unterstützung des Entscheidungsprozesses als Ziel von Weiterbildungsberatung. Bachelorarbeit im Studiengang „Erziehungswissenschaften“, Profildbereich III. Berlin: Humboldt-Univ., 2016. Berlin: Humboldt-Univ., 2016

- Band 46 Hoffmann, St.
Ethische Herausforderungen und Vorstellungen
in der Mediationspraxis – Befragung von Mediator/inn/en. Master-Studien-
gang „Erziehungswissenschaften“, Profilbereich III: Weiterbildung/Lebens-
begleitendes Lernen/Berufsbildung. Berlin: Humboldt-Univ., 2016
- Band 47 Dilger, I.
Frauenbildungsinstitutionen und ihre Angebote – Eine Programmanalyse
zum Bildungsangebot der Berliner Frauenbildungseinrichtungen. Masterar-
beit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Ber-
lin: Humboldt-Univ., 2016
- Band 48 Georgieva, I. (jetzt verh. Jobs)
Empfehlungen zum Aufbau und zur Pflege eines themenspezifischen
Webarchivs für Sammlungen im Hochschulbereich am konkreten Beispiel
der Sammlung Weiterbildungsprogramm-Archiv Berlin/Brandenburg der
Humboldt-Universität zu Berlin. Masterarbeit im Studiengang „Informati-
onswissenschaften“, Fachbereich Informationswissenschaften, Fachhoch-
schule Potsdam. Berlin: Humboldt-Univ., 2016
- Band 49 Burdukova, G.
Vergleichende Analyse von Evaluationsfragebogenformularen einiger
Fremdsprachenanbieter unter Berücksichtigung von Qualitätsvorstellun-
gen. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges
Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2016
- Band 50 Schulte, D.
Die Entscheidung für wissenschaftliche Weiterbildung im Kontext berufli-
cher Entwicklungsprozesse. Eine Analyse des Entscheidungsverhaltens
von Teilnehmenden eines berufsbegleitenden Master-Studienprogramms.
Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Ler-
nen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2016
- Band 51 Fawcett, E.
Zielgruppenorientierung in der Erwachsenenbildung am Beispiel des Fach-
bereichs „Angebote für behinderte und nicht-behinderte Menschen“ am Bil-
dungszentrum Nürnberg – Eine Programmanalyse. Masterarbeit im Studi-
engang „Erwachsenenpädagogik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Hum-
boldt-Univ., 2016
- Band 52 Steffens-Meiners, C.
Spielräume von Programmplanung am Beispiel der Evangelischen Er-
wachsenenbildung. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenpädago-
gik/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2017. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/20123>. DOI: 10.18452/19362

- Band 53 Iffert, S.
Kulturelle Bildung durch ästhetische Erfahrung? Eine explorative Untersuchung zu Planungsprozessen und Lernerfahrungen am Beispiel eines Kunstvereins. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2017. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/20027>. DOI: 10.18452/19265
- Band 54 Tschepe, S.
Was sind die wichtigsten Eigenschaften und Fähigkeiten von Design Thinking-Coaches? Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2017. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/19988>. DOI: 10.18452/19233
- Band 55 Klom, M.
Angebote in Europa und ihre integrativen Aufgaben für Flüchtlinge. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2017. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/20021>. DOI: 10.18452/19261
- Band 56 Stelzner, S.
Weiterbildungsmotivation im Kontext beruflicher Entwicklung. Eine exemplarische Analyse von Adressaten/Adressatinnen, Weiterbildungsmotiven und beruflichen Entwicklungsphasen anhand einer Weiterbildung zum Coach. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2017. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/19966>. DOI: 10.18452/19213
- Band 57 Trampe-Kieslich, V.
Inter- und Transkulturalität an Berliner Volkshochschulen. Eine Programmanalyse. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2018. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/19834>. DOI: 10.18452/19090
- Band 58 Bierwirth, A.
Erwachsenenbildung in der Einwanderungsgesellschaft. Anforderungen an Beschäftigte einer Berliner Volkshochschule vor dem Hintergrund der Zuwanderung Asylsuchender. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2018. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/19892>. DOI: 10.18452/19141
- Band 59 Burk, K.
Bildung oder Kompetenz? Theoriegeleitete Abwägungen zu einem Paradigmenwechsel in der wissenschaftlichen Erwachsenenbildung. Masterarbeit im Studiengang „Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen“. Berlin: Humboldt-Univ., 2018.